



Universidade Técnica de Lisboa
Faculdade de Motricidade Humana



Psicomotricidade em Saúde Mental na Infância e Adolescência
Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental
da Infância e Adolescência do Hospital São Francisco Xavier

Relatório de Estágio elaborado com vista à obtenção do Grau de Mestre
em Reabilitação Psicomotora

Orientador Académico: Professor Doutor Rui Fernando Roque Martins
Orientadora Local: Dra. Lídia Maria Farinha Martins

Júri:

Presidente:

Professor Doutor Rui Fernando Roque Martins

Vogais:

Professora Doutora Maria Teresa Machado Brandão

Professora Doutora Luísa da Silva Galvez Roubaud

Tânia Cristina Monteiro da Silva
2011

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar quero agradecer à Doutora Georgina Maia a possibilidade de integrar um estagiário na área da Psicomotricidade, no Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e Adolescência, durante um ano lectivo completo. Assim como, todas as oportunidades de consulta do material do serviço para pesquisa bibliográfica que em muito auxiliou em todos os trabalhos desenvolvidos ao longo do ano.

Ao professor Doutor Rui Martins, pela sua disponibilidade total na orientação ao longo de todo o ano lectivo, por todas as oportunidades de formação que me proporcionou, assim como, pela oportunidade de desenvolver a capacidade reflexiva que me irá ajudar no exercício das funções como psicomotricista. Pela ajuda dada, em momentos mais complexos durante o estágio.

À Dra. Lúcia Martins, pelo apoio incondicional durante todo o estágio, pela ajuda preciosas em todo o trabalho realizado, pelas horas de conversa que contribuíram em muito para o meu crescimento como profissional, assim como, pela sua capacidade reflexiva admirável que traduz a sua experiência na área de Saúde Mental. É um obrigado muito especial, pois foi quem mais contribuiu para que este ano superasse em muito todas as expectativas que tinha em relação ao trabalho desenvolvido por um psicomotricista.

Quero agradecer a todos os técnicos do SPSMIA pela forma que me acolheram na equipa durante todo o estágio, por todas as oportunidades de aprendizagem que me proporcionaram em cada reunião de equipa e conversas ocasionais, assim como, a todos os momentos informais passados juntos que contribuem para a minha integração e formação profissional.

O meu muito obrigado a todas as crianças e adolescentes que permitiram que integra-se o seu espaço terapêutico, permitindo-me, desta forma, vivenciar muitas experiências que me permitiram crescer como psicomotricista, mas também como pessoa. Foi muito especial a relação que estabeleci com muitas crianças, neste serviço, e foram elas que permitiram que compreendesse a importância do trabalho desenvolvido na área da Saúde Mental e me fizessem redireccionar o rumo do meu futuro.

Por último, mas não menos importante, agradeço à minha família o apoio dado, desde o primeiro dia de estágio e nos momentos mais difíceis vividos durante este ano. Pela compreensão e ajuda incondicional da minha irmã e do Rui, fundamentais para que eu alcançasse este momento tão importante a nível académico.

RESUMO

O presente relatório reflecte o trabalho desenvolvido, no último ano lectivo, do Mestrado em Reabilitação Psicomotora, no Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e Adolescência do Hospital São Francisco Xavier. Este serviço presta cuidados de Saúde Mental ao nível da prevenção, tratamento e reabilitação de crianças e adolescentes entre os 0-18 (menos um dia) anos inclusive. Os cuidados prestados enquadram-se ao nível da Psiquiatria da Infância e Adolescência, Psicologia, Enfermagem, Serviço Social e Psicomotricidade. A Psicomotricidade é resposta para casos com indicações para uma intervenção entre as gnosis e as práxias. A intervenção Psicomotora é realizada em sessões semanais de 50 minutos, num espaço em que o utente é agente activo no processo terapêutico através da vivência de experiências diversas direccionadas para os objectivos determinados. Nos casos em acompanhamento terapêutico registaram-se melhorias a nível comportamental, psico-afectivo e psicomotor, contudo, existe ainda trabalho a desenvolver. O aprofundamento teórico na área revelou-se essencial para uma melhor compreensão dos casos, assim como, para a elaboração de todo o processo de intervenção. Esta vivência permitiu a simbiose entre os conhecimentos teóricos e a prática profissional, essencial para todos os Psicomotricistas.

PALAVRAS-CHAVE: Psicomotricidade, Saúde Mental, Intervenção Psicomotora, Equipa multidisciplinar, Infância, Adolescência, Família.

ABSTRACT

This report reflects the work done in the last academic year, in the Masters of Psychomotor Rehabilitation, at the Department of Psychiatry and Mental Health of Children and Adolescents at the São Francisco Xavier Hospital. This service provides Mental Health care in the prevention, treatment and rehabilitation of children and adolescents aged 0-18 (minus one day) years. The care provided is at the Child and Adolescent Psychiatry, Psychology, Nursing, Social Services and Psychomotor levels. The Psychomotricity is the answer for cases with indications for intervention between gnosis and praxis. Psychomotor intervention is carried out in weekly sessions of 50 minutes, on an area in which the patient is an active agent in the therapeutic process through the experience of diverse practices targeted at specific objectives. In therapeutical the cases being monitored, some improvements were in behavioral, psycho-affective and psychomotor levels, however there is still work to be done. The theoretical expertise in the area was essential to a better understanding of the cases, as well as for the preparation of the whole intervention process. This experience allowed the symbiosis between theoretical knowledge and professional practice, essential for all psychomotricists.

KEYWORDS: Psychomotricity, Mental Health, Psychometric Intervention, Multidisciplinary Team, Childhood, Adolescence, Family.

ÍNDICE

RESUMO	ii
1- INTRODUÇÃO	1
2 - ENQUADRAMENTO DA PRÁTICA PROFISSIONAL	2
2.1. – SAÚDE MENTAL E A REALIDADE PORTUGUESA	2
2.1.1 - SAÚDE MENTAL	2
2.1.2 - SAÚDE MENTAL NA INFANCIA E NA ADOLESCÊNCIA EM PORTUGAL	3
2.1.3 - LEGISLAÇÃO DA SAÚDE MENTAL NA INFANCIA E NA ADOLESCÊNCIA EM PORTUGAL	3
2.1.4 - A PSICOMOTRICIDADE NA SAÚDE MENTAL NA INFANCIA E NA ADOLESCÊNCIA EM PORTUGAL	4
2.2 – CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO	5
2.2.1 - CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA DO HOSPITAL DE SÃO FRANCISCO XAVIER.....	5
2.2.2 - A PSICOMOTRICIDADE NO SPSMIA.....	7
2.3 - CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO	8
2.3.1 - PERTURBAÇÃO GLOBAL DO DESENVOLVIMENTO SEM OUTRA ESPECIFICAÇÃO ...	8
2.3.2 - PERTURBAÇÃO ESPECÍFICA DO DESENVOLVIMENTO DA FUNÇÃO MOTORA	9
2.3.3 - PERTURBAÇÃO DE HIPERACTIVIDADE E DÉFICE DE ATENÇÃO (PHDA)	9
2.3.4 - PERTURBAÇÃO MISTA DO COMPORTAMENTO E EMOÇÕES	9
2.3.5 - PERTURBAÇÃO INVASIVA DO DESENVOLVIMENTO	10
2.3.6 - PERTURBAÇÕES SOMATOFORMES.....	10
2.3.7 - ATRASO DA LINGUAGEM EXPRESSIVA	11
2.3.8 - DIFICULDADES DE APRENDIZAGEM (DA)	11
2.3.9 - PSICOSE INFANTIL	12
2.3.10 - DEPRESSÃO INFANTIL	12
2.3.11 - DIFICULDADE INTELECTUAL E DESENVOLVIMENTAL (DID).....	13
2.3.12 - PERTURBAÇÕES DA VINCULAÇÃO	13
2.3.13 - ENCOPRESE E ENURESE	14
3 - REALIZAÇÃO DA PRÁTICA PROFISSIONAL	15

3.1 – A PSICOMOTRICIDADE EM CONTEXTO HOSPITALAR NO CONTEXTO HOSPITALAR	15
3.1.1 - O PAPEL DO PSICOMOTRICISTA NUMA EQUIPA MULTIDISCIPLINAR DE SAÚDE MENTAL	15
3.1.2 - CONTEXTO DE INTERVENÇÃO PSICOMOTORA	16
3.2 - CALENDARIZAÇÃO DA INTERVENÇÃO NO ESTÁGIO	17
3.3 – CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO EM ACOMPANHAMENTO EM INTERVENÇÃO PSICOMOTORA.....	18
3.3.1 - CARACTERIZAÇÃO DOS CASOS EM ACOMPANHAMENTO CO-TERAPÊUTICO	18
3.3.2 - CARACTERIZAÇÃO DOS CASOS EM ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO.....	21
3.4 – CARACTERIZAÇÃO DA INTERVENÇÃO PSICOMOTORA NO SPSMIA.....	25
3.4.1 - CALENDARIZAÇÃO DA INTERVENÇÃO PSICOMOTORA POR UTENTE	25
3.4.2 - TIPOLOGIA DO PROCESSO DE INTERVENÇÃO PSICOMOTORA	27
3.5 - AVALIAÇÃO	28
3.5.1 - TESTAGEM	28
3.5.2 - ESCALA DE AVALIAÇÃO COMPORTAMENTAL (BEHAVIOR ASSESSMENT SYSTEM FOR CHILDREN – BASC).....	29
3.5.3 - BATERIA PSICOMOTORA (BPM)	30
3.5.4 - DESENHO DA PESSOA (DRAWN A PERSON – DAP).....	31
3.5.5 - TESTE DE DIAGNÓSTICO INFORMAL DA LINGUAGEM ESCRITA (DILE).....	31
3.5.6 - TESTE DE DIAGNÓSTICO E REEDUCAÇÃO DOS PROBLEMAS DA ESCRITA (DRPE)	32
3.5.7 - BODY SKILLS.....	32
3.5.8 - OBSERVAÇÃO	33
3.5.9 - ENTREVISTAS SEMI-ESTRUTURADAS	34
3.6 - AVALIAÇÃO DOS CASOS EM ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO.....	34
3.6.1 - CASO J.C	34
3.6.1.1 - PLANEAMENTO DA INTERVENÇÃO PSICOMOTORA.....	34
3.6.1.2 - AVALIAÇÃO INICIAL	35
3.6.1.3 - PERFIL INTRA-INDIVIDUAL.....	40
3.6.1.4 - PROJECTO TERAPÊUTICO.....	41

3.6.1.5 - AVALIAÇÃO FINAL	43
3.6.1.6 - RECOMENDAÇÕES PARA PROJECTO TERAPÊUTICO	47
3.6.2 - CASO E. G	47
3.6.2.1 - PLANEAMENTO DA INTERVENÇÃO PSICOMOTORA.....	47
3.6.2.2 - AVALIAÇÃO INICIAL	47
3.6.2.3 - PERFIL INTRA-INDIVIDUAL.....	50
3.6.2.4 - PROJECTO PEDAGÓGICO-TERAPÊUTICO.....	51
3.6.2.5 - AVALIAÇÃO FINAL	53
3.6.2.6 - RECOMENDAÇÕES PARA PROJECTO TERAPÊUTICO	56
3.6.3 - CASO A.A.....	56
3.6.3.1 - PLANEAMENTO DA INTERVENÇÃO PSICOMOTORA.....	56
3.6.3.2 - AVALIAÇÃO INICIAL	57
3.6.3.3 - PERFIL INTRA-INDIVIDUAL.....	60
3.6.3.4 - PROJECTO TERAPÊUTICO.....	60
3.6.3.5 - AVALIAÇÃO FINAL	61
3.6.3.6 - RECOMENDAÇÕES PARA PROJECTO TERAPÊUTICO	61
4 - DIFICULDADES E LIMITAÇÕES.....	62
5 - ACTIVIDADES COMPLEMENTARES DE FORMAÇÃO	63
6 - CONCLUSÃO	64
BIBLIOGRAFIA.....	66

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1 – Calendarização de sessões em acompanhamento co-terapêutica	26
TABELA 2 – Calendarização dos momentos da Intervenção Psicomotora	26
TABELA 3 – Calendarização de sessões em acompanhamento terapêutico	26
TABELA 4 - Resultados obtidos na avaliação inicial do J. no Body Skills	40
TABELA 5 - Objectivos gerais do Domínio Psico-Afectivo do Projecto Terapêutico do J.	41
TABELA 6 – Objectivos gerais do Domínio Cognitivo do Projecto Terapêutico do J.	41
TABELA 7 – Objectivos gerais do Domínio Psicomotor do Projecto Terapêutico do J.	42
TABELA 8 – Resultados obtidos na avaliação final do J. no Body Skills.	46
TABELA 9 – Resultados obtidos no DILE na avaliação inicial do E.	49
TABELA 10 – Resultados obtidos no DAP na avaliação inicial do E.	50
TABELA 11 - Objectivos gerais do Domínio Psico-Afectivo do Projecto Pedagógico-Terapêutico do E.	51
TABELA 12 - Objectivos gerais do Domínio Cognitivo do Projecto Pedagógico-Terapêutico do E.	51
TABELA 13 - Objectivo geral do Domínio Autonomia do Projecto Pedagógico-Terapêutico do E.	51
TABELA 14 - Objectivos gerais do Domínio Psicomotor do Projecto Pedagógico-Terapêutico do E.	52
TABELA 15 – Resultados obtidos no DILE na avaliação final do E.	55
TABELA 16 – Resultados obtidos no DILE na avaliação inicial e final do E.	55
TABELA 17 – Resultados obtidos no DAP na avaliação final do E.	56
TABELA 18 – Resultados obtidos no DILE na avaliação inicial do A.	59
TABELA 19 – Resultados obtidos no DAP na avaliação inicial do A.	59
TABELA 20 - Objectivos gerais do Domínio Psico-Afectivo do Projecto Pedagógico-Terapêutico do A.	60
TABELA 21 - Objectivos gerais do Domínio Cognitivo do Projecto Pedagógico-Terapêutico do A.	60
TABELA 22 - Objectivos gerais do Domínio Psicomotor do Projecto Pedagógico-Terapêutico do A.	60

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – Perfil Clínico J. (Escala de Avaliação dos Pais - BASC).	36
GRÁFICO 2 – Perfil Adaptativo J. (Escala de Avaliação dos Pais - BASC).	37
GRÁFICO 3 – Perfil Clínico J. Avaliação inicial (Escala de Auto-avaliação - BASC).	38
GRÁFICO 4 – Perfil Adaptativo J. Avaliação inicial (Escala de Auto-avaliação - BASC).	39
GRÁFICO 5 – Perfil Clínico J. Avaliação final (Escala de Auto-avaliação - BASC).	43
GRÁFICO 6 – Perfil Adaptativo J. Avaliação final (Escala de Auto-avaliação - BASC).	44
GRÁFICO 7 – Perfil Clínico do J. Avaliação Inicial e Final (Escala de auto-avaliação – BASC).	45
GRÁFICO 8 – Perfil Adaptativo do J. Avaliação Inicial e Final (Escala de auto-avaliação – BASC).	46
GRÁFICO 9 – Resultados Obtidos na BPM avaliação inicial do E.	48
GRÁFICO 10 – Resultados Obtidos na BPM avaliação final do E.	53
GRÁFICO 11 – Resultados Obtidos na BPM avaliação final do A.	57

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1 – Lista do material da sala Terapêutica

ANEXO 2 – Desenhos DAP da Avaliação Inicial do E.

ANEXO 3 – Desenhos DAP da Avaliação Final do E.

SIGLAS

RACP	Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais
HSFX	Hospital de São Francisco Xavier
SPSMIA	Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e Adolescência
WHO	World Health Organization
NACJR	Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco
CPCJ	Comissão de Protecção de Crianças e Jovens
CID-10	Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento
DSM-IV	Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais
DA	Dificuldades de Aprendizagem
PHDA	Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção
BASC	Behavior Assessment System for Children
BPM	Bateria Psicomotora
DAP	Drawn a Person
DILE	Teste de Diagnóstico Informal da Linguagem Escrita
DRPE	Teste de Diagnóstico e Reeducação dos problemas dos problemas da Escrita
BS	Body Skills

1- INTRODUÇÃO

O presente relatório enquadra-se na unidade curricular Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais (RACP), integrada no plano curricular do Mestrado em Reabilitação Psicomotora, da Faculdade de Motricidade Humana, da Universidade Técnica de Lisboa, no ano lectivo de 2010/2011. O RACP integrado insere-se na área de intervenção na Saúde Mental, tendo início no mês de Outubro de 2010 e término em Junho de 2011.

No que concerne aos objectivos gerais do RACP, podem ser salientados o aprofundamento de conhecimentos e competências no âmbito da Reabilitação Psicomotora em Saúde Mental, tanto a nível científico como metodológico, sendo promovida a competência reflexiva multidisciplinar; desenvolvimento da capacidade de planeamento, desenvolvimento da capacidade de inovação na concepção e implementação de novos conhecimentos e práticas, assim como, o desenvolvimento de inovadoras perspectivas profissionais que contribuam para o desenvolvimento profissional e científico da área. Através da vivência desta unidade curricular é pretendido um enriquecimento de competências específicas a diferentes níveis, nomeadamente, ao nível da Intervenção Psicomotora Pedagógico-terapêutica; ao nível da relação com outros profissionais da área, bem como, ao nível da relação com a comunidade. Relativamente à Intervenção Psicomotora Pedagógico-Terapêutica aspira-se o alcance de um inter-relacionamento dos saberes próprios e específicos da área de intervenção através da elaboração de avaliações específicas a nível psicomotor, identificação de factores contextuais que sejam facilitadores e inibidores do desenvolvimento psicomotor e, conseqüentemente, desenvolvimento de medidas preventivas e profilácticas. É também pretendido que sejam elaborados, ajustados e executados planos pedagógico-terapêuticos, específicos para cada utente de acordo com o seu nível de desenvolvimento biossocioemocional e ambiente ecológico. No que respeita à relação com outros profissionais da área da Saúde Mental, visa-se um incremento de conhecimentos relativos a diferentes áreas, através da avaliação do desenvolvimento do estagiário e do seu potencial de adaptação e aprendizagem no seio de uma equipa multidisciplinar. É possível assimilar estas competências através da elaboração de planos e programas multidisciplinares de reabilitação, em parceria com outros profissionais, que têm como objectivos a promoção do potencial de adaptação, da aprendizagem e a inclusão social do utente. Por último, no que se refere à relação com a comunidade, é solicitado que seja consolidada a capacidade de fornecer orientação e aconselhamento em diferentes áreas de intervenção da Psicomotricidade a nível pessoal, familiar e a nível comunitário (Psicomotora, 2011).

1

O RACP foi desenvolvido num hospital de referência do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, o Hospital de São Francisco Xavier (HSFX), mais especificamente, no Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e da Adolescência (SPSMIA). Este serviço presta cuidados de Saúde Mental (prevenção, tratamento e reabilitação) a utentes dos 0-17 anos inclusive, residentes nos Concelhos de Oeiras e Cascais e quatro freguesias de Lisboa (Alcântara, Ajuda, Santa Maria de Belém e São Francisco Xavier), abrangendo 366.307 habitantes (Censos 2001); (Maia, 2011).

O presente relatório apresenta três partes distintas: inicialmente, o enquadramento da prática profissional da Psicomotricidade na área da Saúde Mental; de seguida a realização da prática profissional vivenciada neste RACP e, por último, uma conclusão crítica que reflecte o crescimento e a consolidação de aprendizagens, assim como, perspectivas futuras.

2 - ENQUADRAMENTO DA PRÁTICA PROFISSIONAL

“A mente não seria o que é se não existisse uma interacção entre o corpo e o cérebro durante o processo evolutivo, o desenvolvimento individual e a interacção com o ambiente”.

Damásio (1995)

A Psicomotricidade apresenta uma visão holística do ser humano que tem como base a unidade do corpo e da mente, sendo esta noção integrativa dos aspectos cognitivos, emocionais e físicos e na capacidade de ser e agir num contexto psicossocial (Probst, Knapen, Poot, & Vancampfort, 2010).

Segundo João dos Santos (S/D, *cit in*, Branco, 2000), a Psicomotricidade “é a vida psíquica expressa em comportamento. O conjunto de fenómenos que constituem o substrato da vida psíquica (impulsos, emoções, sentimentos, pensamentos) exprime-se através da motricidade (linguagem corporal e verbal)”.

A Psicomotricidade é uma prática de mediação corporal que permite à criança ou jovem encontrar ou reencontrar o prazer sensório-motor através do movimento e da regulação tónico-emocional, possibilitando, desta forma, o desenvolvimento dos processos simbólicos, num envolvimento lúdico e relacional. A sua especificidade, consiste em proporcionar aos utentes a possibilidade de reencontrar a harmonia do ser Eu, o prazer em fazê-lo funcionar colocando no jogo a sua faculdade de ser e de agir pelo corpo em relação, através do movimento (Fonseca 2001a, *cit in* Fonseca & Martins, 2001).

Segundo Flagey (1973, *cit. in* Berger, 2001), a terapia psicomotora é uma forma de tratamento em que se pode esperar modificar a organização psíquica patológica da criança, utilizando experiências motoras e perceptivas numa relação terapêutica onde este plano particular de expressão parece ser o único praticável e fecundo.

2

2.1. – SAÚDE MENTAL E A REALIDADE PORTUGUESA

2.1.1 - SAÚDE MENTAL

De acordo com a World Health Organization (WHO, 2003) o conceito de Saúde ultrapassa a ausência de doença, é um estado de bem-estar físico, mental e social. Da mesma forma, o conceito de Saúde Mental é mais amplo que a ausência de perturbação mental. Este último conceito abrange a percepção e sentimento do próprio do seu bem-estar, de auto-eficácia, de autonomia, de competência, de realização do seu potencial intelectual e emocional. É também considerado como um estado de bem-estar, em que o próprio consegue lidar com o stresse característico da vida quotidiana e trabalha de forma produtiva e frutífera para a comunidade que integra.

Nenhum grupo social específico está imune às perturbações mentais, contudo o risco aumenta entre as pessoas de extractos sociais mais baixos, sem abrigo, desempregados, pessoas com baixas competências académicas, vítimas de violência, emigrantes e refugiados, mulheres maltratadas, idosos negligenciados e, por último, mas não menos importante, o grupo das crianças e adolescentes (WHO, 2003).

Os dados da WHO (2003) demonstram que cerca de 450 milhões de pessoas no mundo sofrem de perturbações mentais ou comportamentais, das quais 150 milhões representam pessoas com depressão e 25 milhões sofrem de esquizofrenia. Estes

números são bastante preocupantes e traduzem um crescimento em termos de sofrimento humano, incapacidade e concomitantemente significam perdas económicas.

2.1.2 - SAÚDE MENTAL NA INFANCIA E NA ADOLESCÊNCIA EM PORTUGAL

Em Portugal, no ano de 2001, decorreu o 3º Censo Psiquiátrico, no qual foi possível verificar que numa amostra de 17902 indivíduos com doença mental 907 são crianças e jovens até aos 15 anos de idade. No que respeita ao diagnóstico mais frequente, para esta faixa etária, é possível identificar as perturbações de adaptação (121 casos, 13%), seguidos dos atrasos mentais (74 casos, 8,2%), das neuroses (71 casos, 7,8%) e outras psicoses (45 casos, 5,0%); (Heitor, Bento, Brito, Cepêda, & Correia, 2004).

Com o passar dos anos as perturbações mentais continuam a aumentar e tornaram-se na principal causa de incapacidade e uma das principais causas de mortalidade nas sociedades actuais. De acordo com a Academia Americana de Psiquiatria da Infância e da Adolescência e a WHO – Região Europeia, uma em cada cinco crianças evidencia problemas de Saúde Mental e o número tende a aumentar (Almeida, et al., 2007).

Portugal apresenta uma prevalência dos problemas de Saúde Mental, que não se afasta da realidade dos países europeus com características semelhantes, contudo os grupos mais vulneráveis apresentam um risco mais elevado do que no resto da Europa (Almeida, et al., 2007).

Na análise realizada pela Coordenação Nacional para a Saúde Mental, em 2008, verificou-se que os serviços de Saúde Mental sofrem de insuficiências graves a diferentes níveis, nomeadamente, ao nível da acessibilidade, equidade e na qualidade de cuidados prestados à população. Estes factos devem-se ao pequeno número de utentes com problemas de Saúde Mental que têm acesso aos serviços públicos especializados da área de residência; à maior parte dos recursos especializados continuarem centrados em Lisboa, Porto e Coimbra; à distribuição assimétrica de psiquiatras entre hospitais psiquiátricos e departamentos de Psiquiatria e Saúde Mental de hospitais gerais; a muitos serviços locais permanecerem reduzidos ao internamento, consultas externas e, nalguns casos, hospital de dia; o recurso preferencial à urgência em detrimento da marcação de consultas; ao escassos recursos humanos nas equipas de Saúde Mental e por a qualidade dos serviços se encontrar numa faixa inferior ao razoável. Contudo, é importante reforçar que a principal crítica de incumprimento é a falta de recursos humanos, o que dificulta o desenvolvimento e melhoria destes serviços para a comunidade (Almeida, et al., 2007), (Marques & Cepêda, 2009).

3

2.1.3 - LEGISLAÇÃO DA SAÚDE MENTAL NA INFANCIA E NA ADOLESCÊNCIA EM PORTUGAL

Importa referir que a Saúde Mental em Portugal sofreu uma evolução positiva muito por ser um dos primeiros países a adaptar uma lei nacional (1963) que permitiu a criação de centros de Saúde Mental em todos os distritos e a saída das equipas dos hospitais psiquiátricos para a comunidade, a ligação destas equipas com os cuidados primários, assim como, permitiu a criação de serviços e programas dirigidos a doentes mais graves (Almeida, et al., 2007).

Em 1998, em Portugal, foi aprovada a nova lei da Saúde Mental - lei n.º 36/98 de 24 de Julho que tem como objectivo estabelecer "...os princípios gerais da política de

saúde mental e regula o internamento compulsivo dos portadores de anomalia psíquica, designadamente das pessoas com doença mental.” (Lei 36/98 de 24 Julho, 1998). Esta lei, criada nas últimas décadas, mantém-se actualizada, mas nem todos os seus critérios foram contemplados e executados. Esta lei é a única para toda a população com perturbações mentais, assim sendo, é a que contempla a população do SPSMIA.

Sendo importante referir que nem tudo são pontos positivos, uma vez que a falta de um planeamento e apoio permanentes e consistentes à promoção dos serviços de Saúde Mental teve como consequência um atraso significativo de Portugal relativamente a outros países europeus (Almeida, et al., 2007).

A legislação, nesta área, é um ponto fulcral para a defesa dos direitos das pessoas com problemas de Saúde Mental e também para diminuir o estigma ainda existente na sociedade em pleno século XXI.

Relativamente aos técnicos que trabalham com esta população está contemplado ao nível da Coordenação Nacional para a Saúde Mental (documento de Recomendações para a prática clínica da Saúde Mental Infantil e Juvenil nos cuidados primários) a integração de psicomotricistas nas equipas multidisciplinares de Saúde Mental (Marques & Cepêda, 2009).

2.1.4 - A PSICOMOTRICIDADE NA SAÚDE MENTAL NA INFANCIA E NA ADOLESCÊNCIA EM PORTUGAL

No momento em que a Psicomotricidade foi integrada nas equipas multidisciplinares de Saúde Mental permitiu ampliar as suas indicações, aperfeiçoar as suas técnicas e expandir a sua intervenção desde o nascimento até ao acompanhamento no fim da vida em diferentes perturbações mentais. Assim sendo, a intervenção psicomotora pode ter indicação ao nível dos problemas instrumentais e/ou perturbações da personalidade, atrasos e/ou perturbações do desenvolvimento, perturbações invasivas do desenvolvimento, hiperactividade e défice de atenção e problemas ao nível da imagem corporal, entre outras perturbações (Joly, 2007).

Através da mediatização corporal e expressiva, o psicomotricista procura identificar e ultrapassar condutas inadequadas e inadaptadas num leque abrangente de situações geralmente relacionadas com problemas de desenvolvimento e maturação psicomotora, de aprendizagem, de comportamento ou num âmbito psicoafectivo. O campo de aplicação da Psicomotricidade enquadra-se desde os domínios neurológicos aos psiquiátricos (Fonseca, 2001b).

Na intervenção psicomotora é possível que crianças que apresentem dificuldades em comunicar e em agir sobre o mundo exterior encontrem um meio para se afirmarem no mundo através da experimentação e investimento corporal. Esta intervenção pode desenvolver-se de diversas formas (Martins, 2001): com incidência corporal (dispráxias, desarmonias tónico-emocionais, instabilidade postural, perturbações do esquema corporal e da lateralidade, estruturação espacial e temporal e problemas psicossomáticos); com incidência relacional (dificuldades de comunicação e de contacto, inibição, instabilidade, agressividade, dificuldades de concentração); com incidência cognitiva (no plano do processamento informacional: défices de atenção, de memória, de organização perceptiva, simbólica e conceptual).

O enfoque da actividade psicomotora poderá incidir na valorização da componente relacional e psico-afectiva, envolvendo fundamentalmente a gestão da problemática da identidade e da fusionalidade, possibilitando a expressividade

pulsional do sujeito, e o reinvestimento na pessoa adulta como agente securizador que garante o desejo de interrelação com o mundo das coisas e dos outros. Por outro lado, a componente instrumental da actividade envolve uma relação mais precisa com os objectos e as características espaciais e temporais do envolvimento. Neste caso, parte-se da experimentação sensório-motora (mais ou menos espontânea, consoante as possibilidades de iniciativa e criatividade do sujeito), pretende-se estimular o desenvolvimento da actividade perceptiva e da actividade simbólica conceptual, valorizando a intencionalidade e a consciencialização da acção explorando todas as formas possíveis de expressão (motora, gráfica, verbal, sonora, plástica, entre outras.) (Martins, 2001a).

As crianças e jovens não têm consciência dos seus processos interiores geradores de angústias, bloqueios e resistências. No entanto, através do corpo em movimento, estes podem ser exteriorizados através de acções que simbolizam as suas lutas internas e externas. Através da vivência tónica-emocional das problemáticas, não susceptíveis a exteriorização verbal, procura-se ultrapassar problemas psico-afectivos que comprometem a adaptabilidade da criança. No entanto, para que tal se verifique é necessário proporcionar determinadas condições para o adequado fluir das problemáticas como liberdade para a criança se expressar assegurando simultaneamente um ambiente securizante e protector.

Através da intervenção psicomotora é possível proporcionar à criança diferentes vivências como o jogo e momentos de relaxação.

De acordo com as concepções de Piaget, Wallon e Winnicott, o jogo pode ter diferentes características, sendo possível distinguir os jogos de exercício (funcionais ou motores) com função de harmonizar os gestos e aumentar a sua eficácia; os jogos simbólicos ou de imaginação (de ficção), que favorecem não só a passagem do nível sensório-motor ao nível da representação, como também permitem ao EU compensar a realidade graças à ficção, eliminando os conflitos ou os medos e antecipando os acontecimentos; jogos de construção (de fabricação), que têm a sua fonte nos jogos simbólicos e evoluem para uma adaptação mais precisa à realidade; jogos de regras (jogos sociais) caracterizados por determinadas obrigações comuns permitindo o desenvolvimento da cooperação e da descentração (Schnydrig, 1994, *cit. in*, Martins, 2001a).

A relaxação psicoterapêutica pode funcionar como uma ponte entre o que é vivido e sentido nessa experiência, no plano-verbal e numa base tónico-emocional, e a sua interiorização pela atribuição de um significado através da mediação da palavra. Coloca o sujeito entre o princípio do prazer e da realidade, permitindo integrar, segundo a história do sujeito esses dois modos fundamentais de funcionamento psíquico. A elaboração psíquica das sensações, com a associação entre sensações corporais, as imagens, ideias e fantasmas, será a garantia da mudança (Martins, 2001b).

2.2 – CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

2.2.1 - CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA DO HOSPITAL DE SÃO FRANCISCO XAVIER

O Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e Adolescência (SPSMIA) do Hospital São Francisco Xavier (HSFX) está integrado no novo edifício, inaugurado em Abril de 2006, piso 0, sendo também designado, de forma mais simples, como Serviço de Pedopsiquiatria. Os serviços prestados destinam-se a crianças e

adolescentes entre os 0-18 (menos um dia) anos inclusive, que tenham residência na área de referência. O principal objectivo é a prestação de cuidados de saúde mental ao nível da prevenção, tratamento e reabilitação de crianças e adolescentes. Caso o adolescente necessite de continuidade do seu projecto terapêutico, após os 18 anos de idade, é encaminhado para o Serviço de Psiquiatria de Adultos.

No HSFX, destinados para a equipa técnica, existem 6 gabinetes, secretariado, uma sala de reuniões, sala polivalente e um gabinete de enfermagem, sendo na sala polivalente que usualmente ocorrem as sessões de Psicomotricidade.

Existe uma equipa multidisciplinar no SPSMIA que pretende planear uma intervenção mais próxima dos utentes e famílias e das instituições locais. Actualmente a equipa é constituída pelos seguintes técnicos: 4 Pedopsiquiatras; 3 Internos de Pedopsiquiatria; 1 Enfermeira especializada; 2 Psicólogas Clínicas; 1 Técnica de Serviço Social; 1 Psicomotricista; 1 Secretária Administrativa e 1 Auxiliar de acção médica, sendo a Direcção Coordenadora assegurada pela Dra. Georgina Maia, Pedopsiquiatra.

Com o trabalho desenvolvido pela equipa multidisciplinar do SPSMIA pretende-se:

- Realizar o diagnóstico de perturbação mental da criança ou adolescente e, conseqüentemente, compreender as suas vivências internas;
- Avaliar a dinâmica familiar e as suas repercussões na manutenção da patologia mental da criança ou adolescente;
- Garantir a intervenção terapêutica junto da criança ou adolescente e da sua família, com avaliação regular dos resultados;
- Promover uma ligação com as estruturas do meio (social/comunidade ou escolar) em que a criança está integrada, com diferentes técnicos, de forma a melhor garantir uma intervenção eficaz e adequada.

6

O pedido de consulta de Psiquiatria da Infância e da Adolescência é feito pelo Médico Assistente ou por um médico de outra especialidade, quando este considerar necessária uma avaliação mais específica do caso.

Quando um caso é encaminhado para o SPSMIA por prescrição médica, o utente é encaminhado, após uma triagem inicial, para a primeira consulta com o pedopsiquiatra. Nos casos em que a criança ou adolescente tem indicação para acompanhamento desta área, será elaborado um projecto terapêutico individual, o qual poderá integrar diversos tipos de intervenções. Por outro lado, caso o médico pedopsiquiatra verifique que não existe necessidade da criança ou adolescente ter um acompanhamento específico desta área, será fornecida essa informação fundamentada ao médico assistente que sinalizou o caso.

Neste serviço, as intervenções existentes são ao nível da Psiquiatria da Infância e Adolescência, da Psicologia, da Enfermagem, do Serviço Social e da Psicomotricidade. Em relação às respostas dadas aos utentes por esta equipa multidisciplinar, podem ser nomeadas: Observação da criança ou adolescente; Observação da interacção mãe/criança (1ª infância); Entrevistas familiares; Avaliações (Psicológica, Psicomotricidade); Consultas terapêuticas à criança ou adolescente e à família; Psicoterapia individual ou em grupo; Psicofarmacologia; Psicomotricidade; Intervenção Psicossocial (visitas domiciliárias, contacto com o médico assistente, escolas, jardins de infância, creches, amas ou outras entidades) e Exames Médico-legais. Este trabalho é desenvolvido em rede entre os técnicos de equipa e a comunidade, quando necessário.

Num serviço com uma equipa multidisciplinar, é essencial um momento de partilha de informação e discussão de casos. Esse momento de partilha e discussão ocorre, neste serviço, semanalmente às quartas-feiras na sala de reuniões com todos os técnicos da equipa. Desta forma, é possível uma melhor articulação e comunicação entre os técnicos quando desenvolvem um trabalho com uma mesma criança ou adolescente. É nestas reuniões que um técnico pode encaminhar para um colega da equipa uma criança ou adolescente quando sente que outro tipo de intervenção poderá ser necessária e benéfica. As reuniões apresentam dois momentos distintos, nomeadamente, uma primeira parte, em que são discutidos casos seleccionados pelos técnicos e numa segunda parte, em que um técnico da equipa ou alunos de Medicina (estágios de 5º e 6º ano) abordam uma temática específica ou apresentam um caso clínico.

Este serviço realiza também, uma vez por mês, reuniões com o Serviço de Neuropediatria e Serviço de Pediatria do Desenvolvimento do HSFx, com o mesmo objectivo das reuniões de equipa, ou seja, discussão de casos em comum e permuta de casos em que se pode focar a intervenção em apenas um serviço.

2.2.2 - A PSICOMOTRICIDADE NO SPSMIA

Relativamente à valência de Psicomotricidade, o encaminhamento é realizado por qualquer elemento da equipa que acompanhe a criança ou adolescente e que considere necessária uma avaliação psicomotora e/ou uma intervenção psicomotora. Cada criança tem um médico responsável que pode, por vezes, dar linhas orientadores do trabalho que considera ser o necessário para a progressão de desenvolvimento, o que reflecte a transdisciplinaridade existente na equipa. Na intervenção psicomotora inicialmente é realizada uma avaliação da criança ou adolescente e, de acordo com as necessidades verificadas, a técnica de Psicomotricidade define um projecto pedagógico-terapêutico ou terapêutico individualizado. A periodicidade das sessões de Psicomotricidade é também definida pela técnica de Psicomotricidade, contudo, actualmente é um aspecto que cada vez mais é discutido com a família devido à grande articulação que esta terá que realizar para conseguir dar à criança o acompanhamento mais adequado.

A intervenção psicomotora é realizada, essencialmente, na sala polivalente a qual apresenta luminosidade e condições adequadas. É um espaço amplo que possibilita a liberdade de expressão corporal com diversos materiais disponíveis (bolas, cordas, tecidos, bastões, arcos, colchões, espumas, quadro, diverso material de escrita, entre outros), que permite a exploração da criatividade e imaginação da criança ou adolescente. Existem dois armários com diverso material¹ (almofadas, livros, tintas, jogos, entre outros), uma mesa, uma secretária com duas cadeiras, uma bola terapêutica e vários materiais dispostos na sala.

Segundo a teoria ecológica de Bronfenbrenner, 1979, o ser humano está em constantes interações com o ambiente verificando-se que tanto o contexto influencia a pessoa em desenvolvimento, como a pessoa influencia os ambientes com os quais se relaciona (Brandão, 2010). A criança ao longo da sua vida integra-se em diferentes contextos que têm diferente influência sobre a mesma e este facto é tido em consideração no processo de intervenção psicomotora. É elaborado um trabalho em que são envolvidos diferentes agentes de diferentes contextos. Existe a preocupação em estabelecer contacto com a escola, meio em que a criança permanece durante mais tempo, para que em conjunto se trabalhem aspectos diferentes que ajudem a criança no seu desenvolvimento. É também solicitada a participação dos pais ou

Anexo 1: Lista do material da sala terapêutica.

prestadores de cuidados no projecto terapêutico da criança, uma vez que, se o trabalho for realizado nos diferentes contextos em que a criança se integra os resultados serão mais efectivos.

Este serviço, em relação à ética e deontologia seguidas e defendidas por todos os técnicos, o utente, criança ou adolescente, é sempre tido em conta como actor principal, assim sendo, é sempre defendido e protegido pelo serviço, nomeadamente, no que respeita aos seus direitos.

Perante situações de negligência, maus-tratos, abuso sexual ou outras situações que exijam uma protecção imediata da criança ou adolescente seguem-se os procedimentos legais em vigor. As situações são referenciadas, da forma mais breve e conforme o caso, ao Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em risco (NACJR), à Comissão de Protecção de Crianças e Jovens (CPCJ) da área ou directamente com o Tribunal de Menores.

A referenciação à consulta de Pedopsiquiatria, nunca é uma medida de primeira linha, embora frequentemente necessária, sendo a prioridade assegurar a protecção da criança através, não só da sinalização adequada do caso, como pela intervenção de rede de suporte familiar e social.

2.3 - CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO

No SPSMIA, são utilizados, essencialmente, dois manuais de classificação das perturbações mentais que os Pedopsiquiatras consultam para auxiliar no diagnóstico diferencial. Os manuais são: CID -10 (Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento); (WHO, 1993), e o DSM-IV (Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais); (APA, 2002). Existem outros manuais internacionais na área da Saúde Mental, mas são utilizados essencialmente os mencionados.

8

De acordo com CID-10 existem duas grandes categorias específicas em Psiquiatria da Infância e da Adolescência: Perturbações do Desenvolvimento Psicológico e Perturbações do Comportamento e das Emoções, sendo de salientar que estas últimas representam cerca de 90% das perturbações psiquiátricas em idade escolar. Nas Perturbações do Desenvolvimento Psicológico enquadram-se as perturbações do Desenvolvimento de Funções Específicas, como a aprendizagem e Perturbações Globais do Desenvolvimento e nas Perturbações do Comportamento e das Emoções inclui as Perturbações do Comportamento, a Hiperactividade e Défice da Atenção e as Perturbações Emocionais da Infância (Marques & Cepêda, 2009).

A população atendida no SPSMIA do HSFx apresenta um vasto leque de Perturbações Mentais, mas apenas uma parte desta população tem indicação médica para integrar a valência da Psicomotricidade. Neste momento, existem cerca de 29 crianças na valência da Psicomotricidade, com periodicidade semanal ou quinzenal conforme as necessidades da criança. Estas crianças apresentam um leque de perturbações que serão seguidamente identificadas e caracterizadas.

2.3.1 - PERTURBAÇÃO GLOBAL DO DESENVOLVIMENTO SEM OUTRA ESPECIFICAÇÃO

As crianças que manifestam esta perturbação apresentam um défice grave e global no desenvolvimento da interacção social recíproca associada a um défice das competências de comunicação verbal e não verbal ou à presença de comportamentos,

interesses e actividades estereotipadas que não se enquadram noutras perturbações que surjam na primeira e na segunda infância ou adolescência (APA, 2002).

2.3.2 - PERTURBAÇÃO ESPECÍFICA DO DESENVOLVIMENTO DA FUNÇÃO MOTORA

A principal característica desta perturbação diz respeito a um comprometimento no desenvolvimento da coordenação motora que não se explica unicamente devido a atraso intelectual global ou a qualquer outra perturbação neurológica congénita ou adquirida. Nas actividades que envolvem a motricidade fina e global as crianças com esta perturbação, quando comparadas com o grupo de pares apresentam resultados significativamente abaixo do esperado, assim como, a descoordenação motora está precocemente presente (WHO, 1993).

As incapacidades motoras são diferentes consoante a idade da criança ou adolescente. Na maior parte dos casos, através da aplicação de um exame clínico rigoroso, demonstra-se que estas crianças têm imaturidade marcante do desenvolvimento neurológico. Crianças com esta perturbação, por vezes, adquirem a fala mais tardiamente ou apresentam dificuldades na fala, podem também ter dificuldades de aprendizagem e, em alguns casos, verifica-se a existência de problemas sociais, emocionais e comportamentais (WHO, 1993).

2.3.3 - PERTURBAÇÃO DE HIPERACTIVIDADE E DÉFICE DE ATENÇÃO (PHDA)

Esta perturbação nos últimos 20/30 anos foi alvo de diversas investigações por parte de clínicos e investigadores, que em conjunto consideraram que as crianças com PHDA apresentam problemas significativos ao nível da atenção (mais especificamente na manutenção prolongada), da impulsividade e hiperactividade. Para além desta sintomatologia mais evidente num maior número de crianças, existem investigações que referem ainda as dificuldades em seguir regras e instruções e a excessiva variedade de respostas às situações (Lopes, 2004). Investigadores avançam que a PHDA se deve a uma perturbação neuroquímica em áreas específicas do cérebro. A comorbilidade é frequente, sendo de salientar que mais de 30% das crianças e adolescentes também apresentam dificuldades de aprendizagem (Weiss & Weiss, 2002).

9

De acordo com a descrição do DSM-IV (APA, 2002), a característica essencial desta perturbação é a existência de um padrão persistente de falta de atenção e/ou impulsividade-hiperactividade, com uma intensidade que é mais frequente e grave que o observado nos pares da mesma idade. Pode manifestar-se antes dos 7 anos de idade. Estas crianças, geralmente, iniciam uma actividade, mudam para outra e ainda se dedicam a uma terceira antes de completar qualquer uma. São crianças que se distraem facilmente com estímulos irrelevantes e interrompem frequentemente no decorrer de uma tarefa. De acordo com a maior prevalência de determinado tipo de sintomatologia, assim se podem diferenciar três sub-tipos nesta perturbação: PHDA tipo misto, PHDA do tipo predominantemente desatento e, por último, a PHDA do tipo predominantemente hiperactivo-impulsivo.

2.3.4 - PERTURBAÇÃO MISTA DO COMPORTAMENTO E EMOÇÕES

As crianças com esta perturbação caracterizam-se pela combinação de comportamentos persistentemente agressivos, anti-sociais ou desafiadores,

apresentando concomitantemente sintomatologia depressiva, ansiosa ou outras perturbações emocionais (WHO, 1993).

2.3.5 - PERTURBAÇÃO INVASIVA DO DESENVOLVIMENTO

A Perturbação Invasiva do Desenvolvimento caracteriza-se pela existência de atipicidades qualitativas a nível da interacção social recíproca, padrões de comunicação, por um conjunto de interesses e actividades restritas estereotipadas e repetitivas. Este leque de características são invasivas do funcionamento do indivíduo em todas as situações. Na maior parte dos casos o seu desenvolvimento é afectado desde a infância, em poucas excepções essas condições manifestam-se nos primeiros 5 anos de vida. Frequentemente, existe associado algum tipo de comprometimento cognitivo (WHO, 1993).

Esta perturbação deve ser diagnosticada tendo como base os aspectos comportamentais, independentemente da presença ou ausência de qualquer condição médica associada, sendo que, se for esse o caso esta deve ser diagnosticada separadamente da Perturbação Invasiva do Desenvolvimento (WHO, 1993).

O Autismo Infantil é uma Perturbação Invasiva do Desenvolvimento que se define por um desenvolvimento atípico e/ou comprometido que usualmente se manifesta antes dos 3 anos de idade. As crianças com esta perturbação apresentam um funcionamento atípico ao nível das três áreas de interacção social, comunicação e comportamentos restritos e repetitivos. Em relação aos indicadores sócio-emocionais, demonstram fracas respostas para as emoções de outras pessoas e/ou falta de modulação do seu comportamento. Apresentam dificuldades em integrar competências sociais, emocionais e de comunicação. No que respeita à linguagem, pode ser adquirida antes da idade prevista, contudo caracteriza-se por ser pouco flexível. O seu pensamento é bastante concreto e não apresentam criatividade. São crianças com comportamento e actividades restritas, repetitivas e estereotipadas que no seu dia-a-dia se podem traduzir nalguma rigidez de rotina, em diferentes aspectos do seu funcionamento, sendo difícil e incómodo (para a criança) introduzir a mudança no seu quotidiano (WHO, 1993).

2.3.6 - PERTURBAÇÕES SOMATOFORMES

A característica comum nas perturbações somatoformes consiste na presença de sintomas físicos que sugerem um estado físico geral, sintomas esses que não são completamente explicados a nível orgânico, pelos efeitos directos de uma substância ou por outra perturbação mental. A sintomatologia apresentada deve causar mal-estar clinicamente significativo ou dificuldades no funcionamento social, ocupacional ou noutras áreas (APA, 2002).

De acordo com o DSM-IV (APA, 2002) nas Perturbações Somatoformes integram-se perturbações como as Perturbações de Somatização, Perturbações Somatoforme indiferenciada, Perturbação de Conversão, Perturbação de dor e Perturbação Somatoforme sem outra especificação. Sendo, neste caso, de destacar a Perturbação de Somatização que se caracteriza por apresentar um origem polissintomática que tem início antes dos 30 anos de idade. Relativamente à sintomatologia apresentada pode prevalecer a combinação de sintomas gastrintestinais, sexuais, pseudoneurológicos e dor. É uma perturbação que ocorre durante vários anos e as múltiplas queixas somáticas não podem ser completamente

explicadas por qualquer estado físico geral conhecido, nem pelos efeitos directos de qualquer substância consumida.

2.3.7 - ATRASO DA LINGUAGEM EXPRESSIVA

A linguagem é a única habilidade característica da mente humana e também a mais vulnerável, porque caso exista alguma perturbação ao nível do funcionamento cognitivo, particularmente durante as primeiras fases do desenvolvimento vai repercutir-se na aquisição da mesma. Devido a tal, atrasos da aquisição da linguagem expressiva, surgem frequentemente associados a outras condições como a Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental, problemas auditivos, perturbações psiquiátricas e lesões cerebrais (Paul, 2002).

Vários estudos foram desenvolvidos relativamente à comorbilidade entre as perturbações da Linguagem e as perturbações psiquiátricas. Prizant e Meyer (1993) salientam que mais de metade das crianças com perturbações da Linguagem, apresentam problemas sócio-emocionais e de comportamento. Giddan e Milling (1999) demonstram que $\frac{1}{3}$ das crianças referenciadas com perturbação da conduta apresentam concomitantemente dificuldades na linguagem e mais de $\frac{2}{3}$ das crianças com Perturbação da Hiperactividade e Défice de Atenção também apresentam este tipo de dificuldades. Não existe nenhuma referência relativamente à causa desta comorbilidade, contudo alguns autores referem que os problemas da linguagem levam a uma crescente desmotivação para comunicar, pela incapacidade de lidar com as regras de comunicação ou pela utilização da linguagem para se auto-regularem (*cit in*, Paul, 2002).

A perturbação psiquiátrica mais comumente associada a perturbações da linguagem é o autismo, sendo os problemas de comunicação um dos factores tidos em conta para a realização de um diagnóstico diferencial (Paul, 2002).

11

2.3.8 - DIFICULDADES DE APRENDIZAGEM (DA)

A definição apresentada para Dificuldades de Aprendizagem pelo National Joint Committee of Learning Disabilities (1988) continua a reunir maior consenso internacional. De acordo com esta entidade as DA dizem respeito a "... um grupo heterogéneo de desordens manifestadas por dificuldades significativas na aquisição e na utilização da compreensão auditiva, da fala, da leitura, da escrita e do raciocínio matemático...". Este tipo de perturbação pode ocorrer durante toda a vida do indivíduo e são consideradas intrínsecas, pressupondo-se que se devam a disfunções ao nível do Sistema Nervoso Central. É referida a comorbilidade frequente com outras perturbações orgânicas e de influência extrínseca, contudo as Dificuldades de Aprendizagem não advêm dessas condições (*cit in*, Fonseca, 2008).

Segundo Correia (2005), as DA "... não resultam de privações sensoriais, deficiência mental, problemas motores, défice de atenção, perturbações emocionais ou sociais, embora exista a possibilidade de estes ocorrerem em concomitância sem elas, podem, ainda alterar o modo como o indivíduo interage com o meio envolvente." (*cit in*, Correia, 2008).

De acordo com Fonseca (2008), vários estudos desenvolvidos em crianças com DA podem demonstrar um adequado controlo postural e coordenação de movimentos, contudo na sua maioria caracterizam-se por um perfil psicomotor dispráxico. O que se traduz na realização de movimentos dismétricos, desarmoniosos quinesesticamente e que não respeitam uma sequência temporal.

2.3.9 - PSICOSE INFANTIL

Segundo Tengan & Maia (2004), a psicose pode ser definida como uma “desordem mental na qual o pensamento, a resposta afectiva e a capacidade em perceber a realidade estão comprometidos. O relacionamento interpessoal está prejudicado o que interfere no convívio social.”. Os mesmos autores salientam que esta perturbação se caracteriza por uma sintomatologia diferente das psicoses nos adultos, mesmo sendo a mesma perturbação.

Sassano (2008), desenvolveu o seu trabalho ao longo de 30 anos em crianças com psicose e elaborou um conjunto de características, a diferentes níveis, que podem espelhar a realidade destas crianças. A nível comportamental estas crianças apresentam dificuldades na interacção social, parecem distantes e isolam-se, apresentam fracas respostas a estímulos externos, o seu olhar tem particularidades, têm muita resistência à mudança, o jogo simbólico é pouco desenvolvido, são indiferentes a nível perceptual e a escuta é selectiva. Em relação ao nível psicomotor apresentam uma actividade exagerada, balanços corporais (movimentos estereotipados), imobilidade, movimentos estereotipados com as mãos, rosto e expressões repetitivas, movimentos da cabeça (bater contra móveis, objectos), a exploração do espaço é usualmente limitada, a percepção do tempo parece diluída e não ordenada, têm dificuldades em actividades rítmicas e a nível corporal não reconhecem o seu corpo como um todo.

2.3.10 - DEPRESSÃO INFANTIL

A depressão segundo Wikison, Moore, Moore (2003), “trata-se de uma perturbação do humor, de gravidade e duração variáveis, que é frequentemente recorrente e acompanhada por uma variedade de sintomas físicos e mentais, que envolvem o pensamento, os impulsos e a capacidade crítica.”.

12

Lewis Sohn et. al. (2000) comprovam com seus estudos, que a depressão prejudica o desenvolvimento da criança e do adolescente com dificuldades associadas de concentração e motivação o que pode ser um indício para o insucesso escolar, dificuldades de funcionamento social, baixa auto-estima e um maior risco de suicídio (*cit in*, Frasquilho & Guerreiro, 2009).

A sintomatologia que crianças e adolescentes podem apresentar nesta perturbação, pode ser diferente. Segundo Bahls (2002), as crianças em idade pré-escolar podem apresentar sintomas como: dores de cabeça ou abdominais, um prazer de brincar e de ir à pré-escola diminuído, dificuldades na aquisição de habilidades sociais para a idade, ansiedade, fobias, hiperactividade, instabilidade, diminuição do apetite e alterações no sono. Relativamente às crianças em idade escolar os sintomas mais relevantes são a tristeza, irritabilidade e/ou tédio, choro fácil, fadiga, isolamento com fraco relacionamento com os pares, baixa auto-estima, baixo rendimento escolar, ansiedade de separação e desejos ou fantasias de morte. Com o avançar da idade os sintomas vão-se revelando diferentes, sendo de destacar o humor depressivo, irritabilidade e instabilidade, perda de energia, desmotivação e desinteresse marcados, atraso psicomotor, sentimentos de desespero e/ou culpa, ideias e tentativas de suicídio e problemas comportamentais.

2.3.11 - DIFICULDADE INTELECTUAL E DESENVOLVIMENTAL (DID)

Em Abril 2007, a American Association on Intellectual and Developmental Disabilities propôs uma nova nomenclatura para as pessoas com deficiência mental, passando esta a designar-se por Dificuldade Intelectual e Desenvolvidamental (DID). A mesma entidade caracteriza esta perturbação como sendo "... caracterizada por significativas limitações do funcionamento intelectual e do comportamento adaptativo expressos em três domínios fundamentais: conceptual, social ou prático (habilidades adaptativas)". Estas dificuldades manifestam-se antes dos 18 anos de idade (Schalock et al, 2007 *cit in* Morato e Santos, 2007).

Ao nível da classificação da perturbação, a terminologia de atraso mental ligeiro, moderado, profundo e severo foi substituída por uma classificação que tem como base uma estimativa da intensidade dos apoios que a pessoa necessita. Desta forma, surge a classificação intermitente, limitada, ampla (extensiva) ou máxima (permanente). As pessoas com DID com maiores dificuldades, podem apresentar problemas ao nível da locomoção, do equilíbrio, coordenação e manipulação. As áreas cognitivas e sócio-educacionais são frequentemente afectadas, bem como a comunicação (Leitão, Lombo e Ferreira, 2008).

Como foi possível verificar, em várias das perturbações mentais referidas existe a possibilidade destas surgirem em comorbilidade, facto este que, por vezes, dificulta a elaboração de um diagnóstico diferencial, contudo este aspecto é cada vez mais observado neste serviço.

É importante salientar que muitas das perturbações observadas em adultos, têm o seu início na infância daí a importância de uma adequada intervenção ao nível da saúde mental em idades mais baixas. Assim sendo, denota-se que caso existam programas de prevenção a nível da saúde mental que sejam acessíveis aos grupos de risco, anteriormente mencionados, pode haver uma melhoria a nível do país, o que pode repercutir a diferentes níveis.

2.3.12 - PERTURBAÇÕES DA VINCULAÇÃO

Segundo Zeanah & Smyke (2009), a vinculação descreve a tendência natural das crianças em sentir-se confortáveis, suportadas e protegidas, inicialmente, por um pequeno número de prestadores e cuidados. Quando o desenvolvimento da criança ocorre num ambiente securizante aprende a gradualmente confiar em mais pessoas, alargando desta forma o grupo de prestadores de cuidados, e cria assim modelos internos de relações. A vinculação é considerada um componente vital do desenvolvimento social e emocional na primeira infância.

Ainsworth e seus colaboradores (1978), realizaram um estudo em que identificaram três padrões de vinculação, nomeadamente, vinculação segura, insegura-evitante e insegura-ambivalente. Estes padrões foram identificados devido às diferentes reacções que um grupo de crianças apresentava no momento em que eram separadas do prestador de cuidados e no momento do reencontro. As crianças classificadas como tendo uma vinculação segura apresentam algum sofrimento no momento da separação e procuram, sem hesitação, o prestador de cuidados no reencontro. Na vinculação insegura-evitante, as crianças apresentam pouco sofrimento no momento da separação e pouca necessidade de aproximação com a chegada do prestador de cuidados. Por último, as crianças que apresentam uma vinculação insegura-ambivalente apresentam sofrimento intenso no momento da

separação, mas no momento do reencontro esse sofrimento não acalma (*cit in*, Zeanah & Smyke, 2009).

Actualmente não existe uma associação entre os diferentes tipos de vinculação e as perturbações psiquiátricas (Sroufe, 2005, *cit in* Zeanah & Smyke, 2009).

De acordo com a classificação no DSM-IV (APA, 2002), a Perturbação Reactiva da Vinculação tem como característica essencial uma relação social, que na maioria dos contextos, se demonstra profundamente perturbada e inadequada para o nível de desenvolvimento da criança, tendo que se manifestar antes dos 5 anos de idade. A evolução desta perturbação pode variar em função de factores individuais da criança e dos prestadores de cuidado, na gravidade e duração associadas à privação psicossocial e à natureza da intervenção. Importa referir que se existir um suporte do meio envolvente adequado podem ocorrer melhorias consideráveis, podendo haver a remissão da perturbação.

Os problemas desta perturbação nos primeiros anos de vida podem aumentar o risco de comportamentos anti-sociais no fim da infância e na adolescência, mas esse tipo de comportamento não representam necessariamente sinais da Perturbação Reactiva da Vinculação (APA, 2002).

2.3.13 - ENCOPRESE E ENURESE

A encoprese e a enurese são características sintomáticas, muitas vezes associadas a perturbações psiquiátricas, daí serem abordadas neste capítulo.

A Encoprese diz respeito à evacuação repetida, involuntária ou voluntária de fezes, geralmente de consistência normal ou quase normal, em locais não apropriados. Pode representar uma continuação atípica da incontinência infantil normal (encoprese primária) ou pode envolver uma perda de continência após a aquisição do controlo intestinal (encoprese secundária), ou pode envolver a deposição deliberada de fezes em locais inapropriados. Pode ocorrer devido a uma condição monossintomática ou fazer parte de uma perturbação mais ampla, especialmente perturbações emocionais ou de conduta. Um facto crucial para o diagnóstico, é a deposição inapropriada das fezes que pode ocorrer devido a uma falta de treino adequado e pode reflectir uma perturbação psicológica que traduz alguma relutância, resistência ou falha em adoptar-se às normas (APA, 2002).

Relativamente à Enurese, caracteriza-se pela eliminação involuntária de urina de dia (enurese diurna), de noite (enurese nocturna) ou de dia e de noite (enurese diurna-nocturna), a qual é atípica em relação à idade mental do indivíduo e a qual não é uma consequência de uma falha de controle vesical decorrente de uma perturbação neurológica, de ataque epilépticos ou de qualquer anomalia orgânica do trato urinário. Esta perturbação pode estar presente desde o nascimento (enurese primária) ou surgir após o controle vesical estar adquirido (enurese secundária), sendo esta de início tardio, entre os 5 e 7 anos. Pode representar uma condição monossintomática ou estar associada a uma perturbação emocional ou comportamental mais difusa. Podem também surgir problemas emocionais como consequência secundária da angústia ou estigma resultante da perturbação, podendo esta também constituir um sintoma de uma perturbação psiquiátrica (APA, 2002).

3 - REALIZAÇÃO DA PRÁTICA PROFISSIONAL

Durante este período de tempo, foi possível observar diferentes crianças e jovens que apresentam diferentes perturbações. Este facto possibilitou uma melhor aprendizagem e compreensão das diferentes abordagens terapêuticas aprendidas durante a formação académica.

A oportunidade de um acompanhamento permanente e contínuo de alguns utentes permitiu vivenciar, junto dos mesmos, a aquisição de novas capacidades e aprendizagens que lhes permitem progredir, de forma mais saudável, no seu desenvolvimento. Contudo, existem também momentos em que se verificam algumas regressões nestas crianças, muito devido ao seu envolvimento familiar não ser o mais adequado a um desenvolvimento harmonioso.

É importante, ao longo da intervenção, ter em consideração todos os momentos da vida da criança e adequar o projecto terapêutico à realidade actual. Estes aspectos podem prolongar a intervenção, contudo podem fazer a diferença. Por outras palavras, a intervenção psicomotora não deve assumir uma metodologia apenas instrumental, num momento em que a criança, através da sua linguagem corporal ou mesmo verbal, nos transmite a necessidade de uma intervenção num âmbito mais relacional. Deve haver, por parte do psicomotricista, a capacidade e sensibilidade de perceber as necessidades da criança, mesmo que estas não vão ao encontro do projecto terapêutico delineado. É importante elaborar uma intervenção, mesmo com a junção de diferentes metodologias, que melhor se ajuste ao caso.

Desta forma, ao longo desta vivência foi possível presenciar momentos bastante distintos, nomeadamente momentos de psicomotricidade relacional, momentos de verdadeira *maternage* e momentos de psicomotricidade instrumental em que era previamente programado o trabalho a desenvolver naquela sessão. Este facto é possível devido às características pessoais de cada criança e à diferente tipologia e sintomatologia de perturbação.

15

A intervenção psicomotora desenvolvida na área da Saúde Mental, caracteriza-se pela constante adequação de actividades e jogos propostos pela criança às necessidades que esta apresenta e aos objectivos anteriormente identificados. Este facto, leva a que este tipo de intervenção seja mais desgastante para o psicomotricista, mas a mais apelativa e adequada para estas crianças. Desta forma, nalgumas sessões a intervenção é programada pelo psicomotricista tendo sempre a criança um papel activo durante as sessões.

3.1 – A PSICOMOTRICIDADE EM CONTEXTO HOSPITALAR NO CONTEXTO HOSPITALAR

3.1.1 - O PAPEL DO PSICOMOTRICISTA NUMA EQUIPA MULTIDISCIPLINAR DE SAÚDE MENTAL

O psicomotricista, como qualquer técnico que trabalhe numa equipa multidisciplinar, não deve nem pode limitar os seus afazeres às sessões por si asseguradas. Nesta área da Saúde Mental é muito importante que o psicomotricista veja para além da criança, das suas características e problemáticas, sendo essencial ter uma visão global da vida da criança. Desta forma, é importante ter alguma informação referente à escola e, especialmente, à sua família. A família deve ser um agente bastante presente e activo no processo terapêutico da criança, quando esta reúne condições para tal, e o psicomotricista pode ser o técnico mais próximo a esta. Este facto deve-se não só a uma periodicidade mais frequente das sessões de

psicomotricidade do que, por exemplo, as consultas médicas ou acompanhamento psicológico, assim como, à integração por parte do psicomotricista no projecto terapêutico, o que se pode traduzir na partilha de estratégias com a família que pode integrar no seu quotidiano e que permitem, desta forma, uma continuidade e aplicação do trabalho desenvolvido nas sessões pelo técnico no dia-a-dia. É necessário dar espaço às famílias para poderem falar e partilhar as suas preocupações e, se possível, mobilizar meios, no serviço ou na comunidade, que auxiliem a família a colmatar as suas necessidades. Ter os prestadores de cuidados como parceiros é um passo em frente no sucesso da criança. Contudo, a realidade neste serviço, não é assim tão linear. Existem situações em que o foco mais problemático é a própria família, sendo, por vezes, necessário assumir uma postura mais assertiva e rígida com as famílias e confrontá-las com alguma situação que seja considerada relevantemente prejudicial à criança. Em casos considerados graves, se por algum motivo, qualquer técnico do serviço suspeitar que a criança está em perigo ou é vítima de negligência, maus-tratos, abuso sexual ou outro tipo de violência, a situação deve ser sinalizada à Comissão de Protecção de Crianças e Jovens (CPCJ) da área. Infelizmente, neste serviço, são muitos os casos sinalizados a estas entidades. O trabalho desenvolvido por estas entidades é um trabalho muito mais próximo da realidade vivida pela criança, é uma intervenção num nível comunitário que mobiliza diversos agentes. Em casos muito graves, o processo aberto pela sinalização prossegue para tribunal. Importa referir que muitas perturbações psiquiátricas são hereditárias e, desta forma, muitos dos pais das crianças acompanhadas em psiquiatria são, também eles, doentes psiquiátricos.

Outro campo de intervenção, bastante relevante, é a ligação estabelecida com a escola, mais especificamente com o professor ou director de turma da criança. Este aspecto possibilita o conhecimento da criança noutro contexto, que não a família, o que, por vezes, pode ser surpreendente, uma vez que muitos prestadores de cuidado não nos transmitem a realidade tal qual é efectivamente. Esta ligação pode estabelecer-se através de um contacto telefónico ou, caso se justifique, a marcação de uma reunião a realizar-se na escola ou no hospital, conforme a disponibilidade dos intervenientes. A mais-valia deste trabalho ser elaborado por parte do psicomotricista, é a possibilidade de se obter informação específica relativa a algum conteúdo em que a criança se demonstre menos desenvolvida na escola e que possa ser trabalho durante as sessões (por exemplo, a motricidade fina).

3.1.2 - CONTEXTO DE INTERVENÇÃO PSICOMOTORA

A intervenção psicomotora desenvolve-se numa sala terapêutica que apresenta luminosidade e condições adequadas a este tipo de intervenção, nomeadamente, espaço físico, material didáctico e pedagógico e material como panos e almofadas. No decorrer do tempo de intervenção foi recebido novo material no serviço, o que foi bastante positivo para a diversificação de actividades apresentadas às crianças e jovens. A sala apresenta as dimensões suficientes para que as crianças se possam expressar e movimentar sem constrangimentos físicos. Por existirem condições físicas (vidros e tecto falso) que representam alguns cuidados acrescidos a ter durante as sessões, este aspecto é referido às crianças como uma regra a ter em atenção. Na sala terapêutica, para além das regras já mencionadas, existem mais duas regras a respeitar por todas as crianças e jovens: não se magoar a si e ao outro e não danificar o material existente na sala.

Num dos casos observados, a sessão de Psicomotricidade foi realizada no exterior da sala terapêutica, uma vez que não se reuniram as condições necessárias para esta decorrer naquele espaço. Desta forma, foi possível a observação e participação numa sessão de psicomotricidade em que o material utilizado era apenas

o existente no exterior, o que foi bastante relevante, uma vez que foi, uma vez mais, apelada a capacidade de adaptação e inovação da forma de alcance dos objectivos a trabalhar com a criança.

Durante este tempo foi possível vivenciar dois papéis nas sessões de Psicomotricidade, um de co-terapeuta activa e o de terapeuta. No trabalho desenvolvido como co-terapeuta activa, foi possível colaborar diariamente em sessões dirigidas pela Dra. Lídia, com as quais foi possível realizar aprendizagens diversas. Uma grande valia deste tipo de intervenção foi a possibilidade de participar muito activamente em todas as sessões, tendo a possibilidade de apresentar actividades, estratégias e ser parceira em muitas actividades. Este tipo de intervenção é essencial para o início do trabalho em Psicomotricidade, pois só assim é possível estabelecer as pontes entre o aprendido e o observado nas sessões. Muitos dos conteúdos teóricos fazem agora sentido, após a vivência de diversas experiências, sendo fundamental a vivência deste tempo de aprendizagem. Relativamente ao trabalho desenvolvido como terapeuta, foi elaborado com três casos que foram encaminhados para a intervenção psicomotora entre Outubro e Dezembro, sempre com supervisão da Dra. Lídia Martins. Neste papel foi possível vivenciar as sessões Psicomotricidade de outro lado, um lado muito mais trabalhoso, mas real, em que é possível observarmos o terapeuta que cresce de sessão para sessão.

3.2 - CALENDARIZAÇÃO DA INTERVENÇÃO NO ESTÁGIO

As actividades desenvolvidas durante a intervenção foram diversas e em âmbitos diferentes o que possibilitou a aquisição de diferentes aprendizagens e consolidação de muitos aspectos teóricos abordados durante a Licenciatura e o Mestrado.

17

Relativamente às actividades desenvolvidas no acompanhamento co-terapêutico, estas decorreram nas manhãs de 2^a-feira e o todo o dia nas 3^{as}-feiras, sendo este acompanhamento realizado apenas com as crianças que é possível e em que esta aceite mais um adulto no seu espaço terapêutico. Nos casos em que não existia indicação foi respeitado o espaço terapêutico, havendo, por diversos momentos, a apresentação e discussão desses casos comigo por parte da Dra. Lídia. Este aspecto foi uma mais-valia para o meu crescimento como técnica de psicomotricidade, pois com a discussão de casos práticos é possível uma melhor compreensão do trabalho desenvolvido com crianças ou adolescentes que apresentam perturbações psiquiátricas mais graves.

Os acompanhamentos terapêuticos decorreram nas tardes de 3^a-feira e 5^a-feira. Contudo, no tempo que se permanece no serviço para além das sessões, é muito produtivo, sendo nesses momentos que os técnicos conversam sobre casos em que possam ter dúvidas e discutem as opções possíveis a apresentar aos utentes e famílias, é nesses momentos em que decorre vária troca de experiências que enriquecem o nosso conhecimento, assim como, se partilham situações que, pela sua complexidade, existe um envolvimento mais efectivo do técnico que necessita de conversar com alguém que perceba a realidade existente.

Um momento de grande aprendizagem, neste serviço, são as reuniões semanais nas manhãs de 4^a-feira, das 9:30h-13:30h, em que está presente toda a equipa do SPSMIA e em que são discutidos os casos mais graves em acompanhamento, os casos em que estão envolvidos mais do que um técnico no caso e é necessário discussão de algum aspecto mais relevante e é nesta altura, em que são pedidos acompanhamentos (em Psicologia, em Psicomotricidade, em Serviço Social ou a nível de Enfermagem) por parte dos pedopsiquiatras ou outro técnico do serviço. Esta

reunião decorre também, mensalmente, com o serviço de Neurodesenvolvimento e o Desenvolvimento onde são discutidos casos comuns. Nestas reuniões, foi possível verificar a diversidade de crianças e adolescentes que necessitam de um acompanhamento diferencial que envolve técnicos de diferentes áreas. De dois em dois meses, esta reunião recebe técnicos das CPCJ, da área, e é feito um ponto de situação dos casos sinalizados a estas entidades e conhecida, de forma mais fidedigna, a realidade do meio envolvente em que estas crianças estão integradas.

Pontualmente são realizadas reuniões com professores, técnicos da comunidade e técnicos do tribunal, quando é considerado necessário, fora do horário de atendimento. Foi também possível presenciar uma reunião numa escola, da área, para discussão de casos em acompanhamento no SPSMIA com o objectivo de receber o feedback dos professores relativamente ao processo de aprendizagem destes jovens. Nestas reuniões é também dado algum auxílio aos professores relativo às perturbações e às características que as crianças apresentam e o que podem realizar para os ajudar. É possível também realizar contactos telefónicos pontuais com o professor de uma criança, com o objectivo de elaborar o ponto de situação do percurso escolar e/ou obter alguma informação mais específica. Sendo desta forma, evidente que o trabalho do psicomotricista não se esgota nas sessões e no planeamento das mesmas, o que se traduz numa maior valia para o técnico.

3.3 – CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO EM ACOMPANHAMENTO EM INTERVENÇÃO PSICOMOTORA

3.3.1 - CARACTERIZAÇÃO DOS CASOS EM ACOMPANHAMENTO CO-TERAPÊUTICO

Os casos acompanhados como co-terapeuta foram sete, sendo que, o tempo de acompanhamento em Psicomotricidade era variado conforme a criança. As idades das crianças em acompanhamento variam entre os 4 e os 11 anos, assim como, as perturbações psiquiátricas que apresentam são diversas. De seguida, serão caracterizadas, sucintamente, os casos acompanhados.

18

O P.M. é um menino de 9 anos de idade, acompanhado no SPSMIA em Psicomotricidade desde Fevereiro de 2011, encaminhado devido a: dificuldades de separação da mãe, dificuldades graves de autonomia e para aumentar as suas competências relacionais. É uma criança com um grande histórico de patologia orgânica, sendo acompanhado em vários serviços do hospital e, devido a tal, é uma criança super-protegida e muito pouco estimulada por parte da família. Caracteriza-se pela sua imaturidade psico-afectiva e social e apresenta dificuldades em diferentes factores psicomotores, nomeadamente, Equilibração, Práxia Global e Práxia Fina. Contudo, um aspecto bastante preocupante no P. é a sua dependência dos pais. O trabalho desenvolvido com o P. é, essencialmente, um trabalho a nível instrumental em que lhe dão dadas oportunidades para vivenciar e experimentar diversas acções. Neste caso, o trabalho desenvolvido em parceria com a mãe é essencial para a progressão do P., uma vez que ao ser-lhe dado oportunidade de fazer algo simples como beber o leite de manhã na caneca em vez do biberão é um passo em frente na autonomia desta criança. Esta parceria com a mãe, é trabalhada semanalmente, mas representa um trabalho, por vezes, difícil devido à delegação, por parte do P. das suas responsabilidades para a mãe que muitas vezes cede. Este deve ser um trabalho a continuar para que vitória a vitória o P. consiga autonomizar-se progressivamente. É importante a realização de um contacto com a professora do P. uma vez que este apresenta alguma recusa escolar e, mais recentemente, apresenta algumas queixas relativas a alguns abusos por parte de colegas. É importante desenvolver com ele um conjunto de estratégias de defesa física para utilizar quando os colegas o quiserem

agredir, podendo este aspecto ser realizado através de situações de dramatização e/ou role-play. Em relação às limitações a nível psicomotor, é possível desenvolver actividade como percursos de espumas em que o P. tem que andar, sem apoio, em cima de espumas, percorrendo um caminho que o pode direccionar até um cesto para o qual terá que lançar uma bola até encestar. Importa que, caso o P. se desequilibre e caia das espumas deve reiniciar o percurso, para integrar a existência de consequências dos seus actos e de regras. Podem ser desenvolvidas actividades como construção com blocos, enfiamentos, jogos de cooperação e confiança e jogos que envolvam grafismos.

Relativamente ao D.J. é um menino de 4 anos de idade, acompanhado no SPSMIA em Psicomotricidade desde Março 2011, encaminhado devido a irrequietude motora, atraso de linguagem, de desenvolvimento e dificuldades na motricidade. O aspecto que mais sobressai no D. é o seu atraso de desenvolvimento e da linguagem associado a um desenvolvimento estáto-ponderal bastante abaixo dos pares da sua idade. É uma criança bastante carente de estimulação e que apresenta alguns medos, devido a acontecimentos marcantes na sua vida. No momento inicial da intervenção, por mim assistida, o D. apresentava um atraso bastante significativo ao nível da linguagem comunicando quase exclusivamente pelo sim/não e através da linguagem não-verbal. É a criança que procura muitos momentos de cariz mais regressivo, momentos de pura maternage, sendo possível verificar os efeitos destas vivências no seu comportamento. Uma das suas actividades mais solicitada é a de se enrolar no pano e ser balançado de diferentes formas. A entrega ao técnico é total, o que traduz a grande representatividade que este tem para si. Em relação ao trabalho mais instrumental, uma simples actividade como a construção de um puzzle pode englobar o trabalho da motricidade fina, estruturação espaço-temporal e a nível cognitivo (reconhecimento de animais e os seus sons, cores, categorização selva/quinta). Assim sendo, o trabalho desenvolvido com esta criança é ao nível relacional e instrumental, devido à grande carência de estimulação em diversas áreas. A intervenção com o D. passará por um trabalho de estimulação em diferentes áreas que abarque aspectos psicomotores, de promoção da linguagem verbal, de introdução progressiva de regras e momentos de relaxação. Desta forma, a nível psicomotor, passa por desenvolver actividades que englobem o Equilíbrio, Noção Corporal, Lateralidade (mais estruturado quando esta estiver definida), Práxia Global (coordenação óculo-pedal e óculo-manual) e Práxia Fina (estimulação pelos grafismos). Muito do trabalho passará por jogos que envolvam bola (lançamentos, remates, passes), desenho livre com lápis de cor, cera ou tinta de dedos.

O D.C. é um menino de 9 anos de idade, acompanhado no SPSMIA em Psicomotricidade desde Fevereiro de 2008, encaminhado devido a perturbação grave da interacção, alterações da fala e DID. É uma criança que apresenta algumas limitações ao nível psicomotor, nomeadamente, ao nível da Tonicidade, Equilíbrio, Noção Corporal, Práxia Global e as mais evidentes a nível da Práxia Fina. Durante a intervenção é de salientar as aquisições que o D. conseguiu atingir, tendo em conta as suas capacidades. A nível comportamental é uma criança com baixa tolerância à frustração e quando contrariado apresenta comportamentos estereotipados e discurso desadequado, assim como, quando alcança o sucesso, apresenta comportamentos exuberantes. Ao utilizar-se a música como mediador nas actividades, o D. aumenta o seu empenho. Desta forma, deve manter-se esta estratégia dando alguma contenção quando apresenta comportamentos mais sexualizados. O trabalho a desenvolver com o D. deve passar por actividades de motricidade fina (enfiamentos, construções com blocos, desenho livre, puzzles e “dança” com os dedos), equilíbrio (percursos de espumas, marcha sobre blocos e saltos com corda) e actividades de motricidade global (lançamentos, remates e passes). Os jogos de cooperação seriam uma mais-valia para o desenvolvimento do D..

Outro menino em acompanhamento é o J.P de 7 anos de idade, acompanhado no SPSMIA em Psicomotricidade desde Dezembro de 2009, tendo sido encaminhado devido a dificuldades de manutenção da atenção, agitação psicomotora e impulsividade. O J.P. é uma criança bastante impulsiva e com um contacto muito diferenciado, ou seja, comporta-se perante estranhos como se os conhecesse. É uma criança institucionalizada que apresenta um grande idealização do seu futuro, sendo este facto um dos que mais destabiliza o J.. Durante as sessões, o trabalho desenvolvido com esta criança é de nível instrumental, mas também relacional devido à carência que demonstra e atenção que procura. É uma criança que a nível cognitivo está a adquirir bastantes competências e frequenta a escola com gosto, contudo, é a nível comportamental que tem algumas limitações. Tem algumas dificuldades em respeitar regras e em realizar uma actividade de cada vez, sendo necessário continuar a desenvolver actividades que contemplem estas competências. Pode ser desenvolvido com o J. uma estrutura de sessão em que, inicialmente, em conjunto, se constrói um quadro com as actividades que são planeadas para a sessão e após cada actividade ser terminada, a criança deve assinar como realizada. Esta sistematização favorece o planeamento das actividades antes da sua execução, podendo cada actividade ter um valor de pontos que podem ser trocados por actividades do interesse da criança numa sessão posterior. A construção de casas (bastões e bolas) é uma actividade que é solicitada pelo J. e que permite melhorar a motricidade fina, o raciocínio lógico e desenvolver posteriormente actividades de nível relacional.

O T.S. é um menino de 4 anos de idade, acompanhado no SPSMIA em Psicomotricidade desde Maio de 2010 e que foi encaminhado devido a agitação psicomotora, birras, comportamentos de oposição, impulsividade e dificuldades no sono. É uma criança com grandes dificuldades em aceitar e respeitar regras, apresentando, por vezes, comportamentos agressivos para com a figura adulta. A nível cognitivo é uma criança com bastantes capacidades, algumas acima do esperado para a idade. Relativamente ao seio familiar existe alguma dificuldade em lidar com os comportamentos do T., mas ao ser desenvolvido um trabalho em parceria com os prestadores de cuidados, alguns progressos estão a ser observados. Este aspecto é uma mais-valia para a intervenção e para o alcance dos objectivos do projecto terapêutico do T.. O trabalho desenvolvido com esta criança passa por um nível instrumental, sendo os comportamentos de oposição e a agressividade os focos principais da intervenção neste momento. As actividades a desenvolver devem contemplar a introdução de simples regras, a direcção da agressividade para jogos como o derrube de espumas com diferentes movimentos (pontapés, socos, empurrões), jogos de cooperação, desenho livre e actividades com grafismos. Uma estratégia que é possível utilizar com o T. é o jogo simbólico, uma vez que ele adere muito bem a este tipo de actividades. Devido ao grande apelo, por parte do T., de actividades com bola é necessário descentralizar esta atenção criando outro tipo de actividade que envolva este material. A proposta de actividade de relaxação seria uma boa alternativa à constante agitação motora e aumentaria o seu tempo de atenção numa actividade. Actividades que podem ser desenvolvidas com esta criança podem envolver jogo de cooperação e competição, como um percurso realizado com lançamentos entre os participantes e com o objectivo de acertar em diferentes alvos que têm diferentes prémios. Outra estratégia que pode ajudar as sessões com o T., é a proposta inicial de actividades que envolvam um grande desgaste físico, para finalizar a sessão cansado e existirem momentos de relaxação efectiva.

A única menina que observei foi a S.G. com 7 anos de idade, acompanhada no SPSMIA em Psicomotricidade desde Junho 2009, devido a imaturidade psico-afectiva, insegurança, baixa tolerância à frustração, contacto fugaz e indiferenciado com estranhos, dificuldades na integração multissensorial, dificuldades a nível da Práxia Global e Fina. É uma criança que apresenta grandes dificuldades em realizar uma actividade de cada vez, estando constantemente a querer realizar outras actividades

sem terminar a actividade que iniciou. A nível familiar, a S. é uma menina que sofreu duas perdas significativas de familiares próximos e que apresenta alguma dificuldade em lidar com o luto. Vive apenas com a mãe, também em acompanhamento psiquiátrico, que apresenta algumas dificuldades em lidar com os comportamentos da filha. É evidente nas sessões que a S. está mais desorganizada nas alturas em que a mãe se encontra mais desorganizada. É uma criança que apresenta comportamentos peculiares como recolha, em qualquer espaço, de papéis e materiais, os quais leva para casa, para fazer construções, desorganizando bastante a sua mãe. Neste caso, para ser possível desenvolver um trabalho efectivo com a S., seria necessário integrar a mãe num acompanhamento regular, podendo ser utilizada a estratégia da criação de um contrato entre as partes, para que este seja visto como algo essencial para todos os intervenientes. Em relação à S., seria importante introduzir o planeamento inicial de todas as actividades da sessão, introdução de pontos nas actividades que pudessem trocar-se em sessões posteriores por actividades do interesse dela. Actualmente a S.G. fez uma interrupção no acompanhamento devido a dificuldades económicas e dificuldades de organização da mãe.

Por último, o M.B. com 11 anos de idade, acompanhado no SPSMIA em Psicomotricidade desde Fevereiro 2008, encaminhado devido a atraso ao nível desenvolvimento psicomotor, imaturidade psico-afectiva, dificuldades na linguagem e a nível cognitivo. É um jovem que apresenta algumas dificuldades a nível da manutenção da atenção e alguma imaturidade psico-afectiva. A nível familiar, devido à profissão do pai do M., ele passa a maior parte do tempo apenas com a mãe e tem comportamento bastante imaturos, como dormir na cama da mãe. Actualmente, é um jovem com algumas alterações a nível alimentar, apresentando excesso de peso. É importante, no trabalho desenvolvido com o M., trabalhar os aspectos relativos à autonomia e o que esta pode traduzir no seu dia-a-dia. Apresentava alguns comportamentos que traduziam as dificuldades em lidar com a frustração. É um jovem que ao longo do acompanhamento apresentou várias aquisições como a organização do seu pensamento relativamente às perspectivas futuras e desenvolvimento de comportamentos mais assertivos em situações de frustração. O trabalho a desenvolver com o M. poderia contemplar actividades que possibilitassem o aumento da capacidade de manutenção da atenção, como jogos de cartas com imagens iguais, elaboração de construções com bastões e bolas sem modelos e jogos de cooperação e confiança. Actualmente o M. fez uma interrupção no acompanhamento em Psicomotricidade devido a dificuldades económicas da família, facto este que ele compreendeu bem e aceitou.

Importa realçar que todos os utentes que estão em acompanhamento em Intervenção Psicomotora têm consultas médicas com os Pedopsiquiatras responsáveis, com regularidade diferente consoante a relevância do caso. Podem estar integrados noutros apoios, em simultâneo, como acompanhamento psicológico ou intervenção social, tendo em conta o projecto terapêutico elaborado pelo médico responsável. Existem ainda casos em que existe um estreito trabalho conjunto desenvolvido com equipas da comunidade como a CPCJ, tribunais e as escolas. De salientar que todo o trabalho desenvolvido com as crianças não se resume às sessões e consultas é desenvolvido um trabalho mais amplo em que é envolvida a família ou prestadores de cuidados e todos os recursos acessíveis e disponíveis na comunidade.

3.3.2 - CARACTERIZAÇÃO DOS CASOS EM ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO

Os casos em que a intervenção psicomotora foi por mim realizada, com a supervisão da Dra. Lídia, foram três, um adolescente de 14 anos e dois jovens de 7 anos de idade. A possibilidade de elaboração de todo o trabalho que um

acompanhamento em psicomotricidade representa foi um processo bastante construtivo e gratificante. Sendo este um trabalho, a meu ver, essencial a qualquer técnico na sua formação inicial. Os casos, seguidamente apresentados, são um pouco representativos da realidade de um serviço em Saúde Mental. A diversidade de situações vivenciadas contribuiu, em muito, para adquirir alguma experiência prática bastante relevante, mas também para um crescimento interno como técnica, mas principalmente como ser humano.

O conhecimento efectivo de cada caso é essencial para a construção de um projecto terapêutico adequado às necessidades da criança, sendo importante, que este se encontre na área sensível de aprendizagem, de forma a não provocar desmotivação por ser algo muito facilmente atingível ou frustrado devido a grandes dificuldades.

O J.C. é um adolescente de 14 anos de idade que iniciou o seu acompanhamento em Psiquiatria em Setembro de 2010 devido a alterações de comportamento (instabilidade psicomotora e défice de atenção), alterações do humor (baixa auto-estima) e problemas específicos de aprendizagem (discalculia e dislexia). O diagnóstico provisório do J., realizado pela Pedopsiquiatra responsável pelo caso, é Perturbação de Hiperactividade e Déficit de Atenção, Perturbação específica de aprendizagem da leitura e escrita, Atraso específico do desenvolvimento (atraso específico da motricidade) e estrutura depressiva com sintomas psicóticos. Iniciou o acompanhamento no Hospital de Dia com a intervenção psicomotora a Novembro 2010, devido a dificuldades na coordenação manual, na agilidade, na dissociação de movimentos e dificuldade na manutenção da atenção. Os objectivos pretendidos com a intervenção psicomotora são a melhoria nas áreas mais deficitárias a nível psicomotor e o aumento da auto-estima. O plano terapêutico delineado para o acompanhamento do J. neste serviço foi: um acompanhamento individual e familiar com a Pedopsiquiatra mensal, sessões de psicomotricidade semanais e intervenção psicofarmacológica (Concerta 18). É um jovem com um vasto acompanhamento clínico desde tenra idade, nomeadamente, em Neurologia, Fisiatra, Psicologia, Pedopsiquiatria, Desenvolvimento, acompanhado em terapia da fala durante 6 anos e terapia ocupacional durante 3 anos. Por este motivo, numa fase inicial, houve por parte do J., alguma resistência nas sessões de Psicomotricidade, sendo por ele referido várias vezes estar farto de hospitais e durante o acompanhamento verifica-se que este cansaço afecta o seu empenho durante as sessões. A nível escolar, o J. já esteve integrado no ensino especial durante alguns anos lectivos. No entanto, este acompanhamento não foi contínuo. No seu percurso escolar teve duas retenções, uma no 4º ano do primeiro ciclo e outra no 6º ano do 2º ciclo, estando actualmente a frequentar o 6º ano integrado no decreto 3/2008. O J. é um jovem pouco comunicativo, com algumas dificuldades a nível social, com poucos amigos, sem actividades extra-curriculares e com dificuldades em expressar-se a nível verbal e não-verbal. A nível psicomotor apresenta limitações relativamente ao Equilíbrio, Estruturação espaço-temporal, Práxia Global e Fina. O trabalho desenvolvido com o J. passa por um nível instrumental em que são desenvolvidas actividades como percursos com obstáculos com diferentes graus de dificuldade e jogos de cooperação, havendo sempre algum aspecto desafiante para criar uma maior motivação. A sua disponibilidade motora é muitas vezes muito baixa, sendo este facto mais evidente quando o J. vem mais contrariado. Ao longo do processo terapêutico foi possível verificar uma melhoria, não muito significativa, nalgumas sessões a nível da comunicação verbal, contudo o seu discurso é desorganizado. Recusa várias vezes actividades propostas que envolvam a escrita ou a expressão gráfica, sendo necessária a continuação destas propostas uma vez que uma das suas dificuldades a nível escolar é a sua caligrafia e a dificuldade em expressar-se através da escrita. Contudo, já acedia a escrever as actividades da sessão, assim como, numa sessão conseguiu atribuir um nome a um jogo, o que revela que a sua criatividade necessita de continuar a ser trabalhada. Este facto

permitiu melhorar a sua impulsividade em passar para a acção, característica da PHDA.

O E. G. é um menino de 7 anos de idade, acompanhado no SPSMIA desde Maio de 2010 em consultas de Pedopsiquiatria, devido a agressividade para com o pares, no Jardim de Infância. Numa observação inicial, o Pedopsiquiatra identificou algumas características do E., caracterizando-o como uma criança que apresenta bastantes dificuldades escolares (não distingue números de letras), comportamentos agressivos, não tolera a frustração, baixa auto-estima e com alterações do esquema corporal (não reconhece articulações). O diagnóstico provisório apresentado é atraso global de desenvolvimento e perturbação mista do comportamento e das emoções. Iniciou o Hospital de Dia com a intervenção psicomotora a Dezembro 2010, sendo os motivos: patologia do agir, baixa tolerância à frustração, dificuldades na relação e comunicação com os pares, imaturidade psico-afectiva, dificuldades de aprendizagem e perfil psicomotor dispráxico. Os objectivos que se pretendem atingir com esta intervenção são: promoção do modelo de relação securizante, contingente e consistente com o E. a partir da relação com o terapeuta; aquisição de competências pré-escolares facilitando a aquisição das competências básicas do 2º ano do 1º ciclo e privilegiar a antecipação e planeamento antes do agir irreflectidamente. Relativamente ao projecto terapêutico do E. delineado pelo Pedopsiquiatra, este envolve consultas individuais e familiares mensais, integração no decreto 3/2008 devido às dificuldades apresentadas (facto que não foi elaborado por parte da escola), acompanhamento em intervenção psicomotora e ensaio psicofarmacológico (Ritalina LA 20ml e Risperidona solução oral, sem confirmação de início).

A nível familiar o ambiente não é o mais adequado, os pais encontram-se separados e constituíram novas famílias, havendo uma partilha da custódia, decidida pelos pais. Este aspecto não foi respeitado pela família e actualmente o E. está aos cuidados da mãe. É possível verificar, por diferentes entidades, que o E. fica mais destabilizado quando se encontra à guarda da mãe, tanto a nível comportamental, como de hábitos de higiene e cuidados primários. O E. é uma criança que está sinalizada à CPCJ, desde que chegou a este serviço, havendo um constante contacto entre os diferentes técnicos envolvidos no processo comunicando incumprimentos da família. É um caso complexo a nível social e, devido a tal, o processo sinalizado à CPCJ passou para o patamar superior, sendo o tribunal que decreta todas as medidas a serem realizadas com o E. por parte desta família, devendo qualquer incumprimento ser mencionado a esta entidade. A nível escolar o E. integrou o 2º ano do 1º ciclo, mas a realizar aquisições relativas ao 1º ano, e para além das suas dificuldades escolares, os aspectos comportamentais são os mais evidentes. Em quatro meses de escola o E. teve 5 processos disciplinares decorrentes de agressões a colegas e à professora o que culminou na sua expulsão da escola, integrando actualmente outra escola.

O acompanhamento em Psicomotricidade apresenta uma periodicidade bi-semanal, que a família teve, inicialmente, alguma dificuldade em cumprir. O trabalho elaborado com o E. passa pela conjugação de um nível instrumental, de estimulação e alguma reeducação, com um nível relacional bastante solicitado pela criança. O E. é uma criança que apresenta dificuldades a nível da atenção e memória, com alguns comportamentos de oposição, com grandes dificuldades a nível do esquema corporal, sem noção de articulações e jogo simbólico pobre e reduzido ao concreto. O trabalho desenvolvido com o E. envolve actividades como torneios de futebol, desenho livre, actividade de relaxação e jogos de confiança. Uma actividade bastante pretendida pelo E. é a construção de casas com bastões e bolas, em que são trabalhados aspectos cognitivos e psicomotores. Relativamente aos aspectos cognitivos, envolvem a contagem dos materiais, questionamento relativo à quantidade de peças que são necessárias, apelando um pouco à capacidade de raciocínio. A nível psicomotor é trabalhada a motricidade fina, o equilíbrio e no final da actividade, com o momento

mais contentor, a tonicidade. Outra actividade muito solicitada pelo E. é a viagem do barco, que corresponde a uma actividade de relaxação, em que a criança está envolvida em panos e percorre toda a sala ao ser puxada ao mesmo tempo que ouve música calma, sendo evidente a diminuição da hipertonia. No caso do E. foi possível verificar diversas mudanças a diferentes níveis, nomeadamente a nível comportamental, as suas acções perante a frustração eram essencialmente comportamentos agressivos perante o material, mantém-se esse comportamentos, contudo com muito menos frequência e actualmente pede mais ajuda quando algo não corre como desejaria. A nível psico-afectivo estabeleceu-se uma relação securizante, sendo o terapeuta visto como alguém em quem pode confiar, mas não conversa abertamente relativamente a tudo devido ao medo pela mãe. A sua carência afectiva é evidente nas sessões, procura muito o contacto físico e a demonstração de afecto. A nível da noção corporal verificaram-se uma grande melhoria no E., já reconhece articulações, nomeia mais segmentos corporais e acede à passividade, nalguns momentos. A sua hiper-vigilância diminuiu consideravelmente, conseguindo, no fim da intervenção permanecer de pé de olhos fechados, nas actividades de relaxação já pede para ficar todo tapado este facto está relacionado com a maior confiança que existe com a técnica. O desenho foi uma actividade muito pedida pelo E. e é possível verificar muitas melhorias a este nível, através dos três desenhos do DAP, sendo a figura humana já desenhado de forma organizada e harmoniosa. A nível académico a sua motivação para a escola aumentou, assim como, as suas capacidades já distingue números de letras, mas apresenta muitas dificuldades na sua ordenação e nomeação. Importa referir que durante todo o processo terapêutico o E. a nível familiar não esteve perante o meio mais adequado. Sendo, desta forma, difícil que a nível psico-afectivo existam outras conquistas. A sua performance em praticamente todas as actividades de avaliação final, foram muito mais adequadas, harmoniosas e reflectidas, contudo este facto não é traduzido a nível quantitativo.

O A.A é um menino de 7 anos de idade que é acompanhado no SPSMIA, desde Julho 2009, em consultas de Pedopsiquiatria devido a alterações de comportamento no jardim-de-infância. Na observação inicial, elaborada pelo Pedopsiquiatra, é possível verificar que o A. é uma criança com um contacto marcado por ansiedade latente, com um olhar triste e desafiador, que interrompe a conversa várias vezes na procura de atenção, humor deprimido e com capacidade de separação materna. O diagnóstico provisório atribuído a este caso é de perturbação mista do comportamento e emoções; atraso de desenvolvimento; síndrome hiper-cinética da infância com perturbação de comportamento com instabilidade e perturbação mista do desenvolvimento. Integrou a intervenção psicomotora em Dezembro 2010, devido a instabilidade psicomotora e défice de atenção, comportamentos disruptivos na relação com os pares, vinculação insegura e atraso de desenvolvimento. Os objectivos pretendidos com este tipo de intervenção são promoção do modelo de relação segura, contingente e previsível para a criança, desenvolver competências pré-escolares e fomentar no A. a capacidade para planear e sistematizar as actividades diminuindo a impulsividade e aumentar a tolerância à frustração. Relativamente ao projecto terapêutico delineado para o A. este contempla consultas individuais e familiares mensais e ensaio psicofarmacológico (Ritalina LA 20ml) e acompanhamento em intervenção psicomotora semanal.

O A. é uma criança cabo-verdiana que viajou para Portugal aos 4 anos de idade devido a uma patologia cardíaca congénita. O agregado familiar é constituído pelo A., um irmão mais novo, uma irmã mais velha e a mãe de todos. O caso do A. está sinalizado desde 2008 à CPCJ, tendo a sinalização sido realizada por mais do que uma entidade, devido a negligência e maus-tratos por parte da sua mãe. A mãe apresenta dificuldades em utilizar outras estratégias senão a prática de castigo físico, estando este tipo de trabalho a ser desenvolvido pelo Pedopsiquiatra em cada consulta familiar. A nível escolar, está inscrito no 2º ano do 1º ciclo, sendo referido pela professora, que apresenta muitas dificuldades na aquisição dos conteúdos

escolares. É salientado que as aquisições que o A. está a realizar dizem respeito a conteúdos do 1º ano do 1º ciclo, numa fase inicial. A nível comportamental houve bastantes melhorias quando o A. iniciou o ensaio psicofarmacológico, sendo que a toma da medicação é assegurada pela escola. Os aspectos comportamentais actualmente não representam preocupações a nível escolar.

O acompanhamento ao nível da intervenção psicomotora apresenta uma periodicidade semanal, existindo alguma dificuldade em cumprir o plano terapêutico. O trabalho desenvolvido com o A. envolve actividades mais de nível instrumental, contudo, nalgumas sessões são solicitadas actividades de um nível mais relacional. O A. é uma criança muito impulsiva e que apresenta muitas dificuldades em realizar uma actividade de cada vez, sendo necessário por vezes contê-lo. É uma criança que apresenta dificuldades na linguagem expressiva, a nível do esquema corporal não tem noção das articulações, jogo simbólico reduzido ao concreto e apresenta dificuldades a nível do equilíbrio. A nível psicomotor, o A. apresenta um perfil psicomotor dispráxico, apresentando dificuldades em vários factores psicomotores. Relativamente às actividades desenvolvidas pelo A., podem ser salientados os campeonatos de futebol, os encaixes de peças pequenas, o desenho livre, actividades de relaxação e dinamizações de histórias. Uma actividade bastante pedida pelo A. são os jogos de remates. Com esta actividade é possível trabalhar diferentes aspectos com o planeamento prévio à execução da actividade, a coordenação óculo-pedal, a introdução de regras, o cálculo mental, a cooperação, e a capacidade de lidar com frustração. Contudo, no que concerne à capacidade em lidar com a frustração, o A. ainda apresenta algumas dificuldades. Devido à pouca intervenção realizada não existiu avaliação final neste caso que permita identificar melhorias, contudo, através da observação foi possível verificar que o A. apresenta muitas dificuldades no planeamento das acções, partindo logo para a acção. A nível académico, as dificuldades mantêm-se, mas não são admitidas por ele. A capacidade de lidar com a frustração não teve melhorias, mas o tempo de atenção na tarefa melhorou, assim como, a sua memória de trabalho. O seio familiar do A. continua a não ser o mais adequado, sendo frequentes os seus ferimentos e marcas no corpo, contudo ele ainda não se encontra preparado para aceder a esses conteúdos nas sessões. A inconstância de presenças nas sessões é um facto prejudicial, uma vez que é uma criança com vinculação insegura que até estabelece uma relação empática com a técnica estar constantemente a ter períodos de ausência poderá ser pouco terapêutico.

No que respeito à intervenção psicofarmacologica, o Concerta 18 e a Ritalina LA são medicamentos que possuem a substância activa “cloridrato de metilfenidato” que é prescrita a crianças com PHDA com idades entre os 6 e os 18 anos de idade. A função desta substância activa é aumentar o tempo de atenção e concentração, assim como, reduzir comportamentos impulsivos. A diferença entre ambos é essencialmente a duração do seu efeito, o Concerta é de libertação prolongada, ou seja, há uma libertação gradual da substância ao longo do dia, a Ritalina LA tem uma libertação rápida, sendo o seu efeito muito mais curto. Relativamente à Risperidona é um medicamento que pertence a uma grupo de medicamentos denominados antipsicóticos e neurolépticos, que é utilizado para controlar sintomas psicóticos, mas também apresentam outras indicações.

3.4 – CARACTERIZAÇÃO DA INTERVENÇÃO PSICOMOTORA NO SPSMIA

3.4.1 - CALENDARIZAÇÃO DA INTERVENÇÃO PSICOMOTORA POR UTENTE

Actualmente, em Psicomotricidade os acompanhamentos apresentam diferentes periodicidades. Na maioria dos casos, esta é semanal, sendo bissemanal em dois

casos (D.J e o E.G.), e nos casos menos graves é quinzenal. As sessões são de 45/50 minutos, podendo ser mais curtas numa fase inicial, num momento de adaptação da criança ao espaço terapêutico, mas quando a criança não reúne condições para permanecer neste espaço a sessão é dada como terminada.

De seguida, são apresentadas na tabela 1 as presenças de cada criança em acompanhamento em Psicomotricidade desde Setembro 2010, em acompanhamento co-terapêutico.

TABELA 1 – Calendarização de sessões em acompanhamento co-terapêutica

Utente	Sessões Agendadas	Sessões Presenciais
P.M.	24	16
D.J.	54	53
D.C.	28	27
J.P.	27	23
T.S.	28	25
S.G	16	11
M.B.	12	11

No que respeita à calendarização dos casos em acompanhamento terapêutico é semelhante, nos três casos, relativamente aos três momentos de intervenção distintos. O esquema seguinte permite demonstrar o planeamento realizado.



TABELA 2 – Calendarização dos momentos da Intervenção Psicomotora.

Utente	Avaliação Inicial	Intervenção Psicomotora	Avaliação Final
J.C.	Nov/ Dez. 2010	Dezembro - Abril	Maio/Junho
E.G.	Dez 2010 /Jan 2011	Janeiro - Abril	Maio/Junho
A. A.	Dez 2010 /Jan 2011	Janeiro - Março	Maio

No que respeita às presenças dos casos em acompanhamento terapêutico, estas referem-se ao período desde o início da intervenção Psicomotora até ao dia 7 de Junho de 2011 e são as seguintes:

TABELA 3 – Calendarização de sessões em acompanhamento terapêutico.

Utente	Sessões Agendadas	Sessões Presenciais
J.C	26	20
E.G.	40	35
A.A.	25	13

Apenas com a presença assídua das crianças e jovens é possível desenvolver um trabalho efectivo em qualquer área. Este aspecto tem que ser transmitido às famílias, pois são estas que asseguram a vinda às sessões. Devido à pouca assiduidade do A.A. ao acompanhamento terapêutico, foi decidido que passaria apenas a beneficiar de sessões semanais devido a faltas constantes em Fevereiro. No que respeita ao acompanhamento do A.A. em Abril, faltou repetidamente, assim como, foi iniciada a avaliação final em Maio, mas houve um abandono, sem justificação, da família. Desta forma, não será realizada avaliação final neste caso.

3.4.2 - TIPOLOGIA DO PROCESSO DE INTERVENÇÃO PSICOMOTORA

Os processos de intervenção psicomotora, a seguir mencionados, dizem respeito aos jovens em acompanhamento terapêutico.

Na fase inicial é realizado um estudo relativo ao processo de cada criança, de forma a melhor conhecer o caso e para compreender todo o projecto terapêutico delineado pelo pedopsiquiatra responsável, assim como, para ter conhecimento dos objectivos pretendidos com a intervenção psicomotora.

De uma forma geral, a primeira sessão é dividida em duas partes, com uma conversa inicial com os prestadores de cuidados para compreender as suas preocupações actuais e para explicar, de forma breve, qual é o trabalho desenvolvido pelo psicomotricista; a segunda parte da sessão é passada com a criança. Nesta sessão é possível realizar uma avaliação informal para melhor compreender as limitações a nível psicomotor.

O processo de intervenção psicomotora apresenta três momentos, como foi mencionado anteriormente. A avaliação Inicial consiste num primeiro momento de conhecimento da criança ou jovem e é realizada uma avaliação informal e formal que permite recolher toda a informação necessária para a elaboração do projecto terapêutico. O segundo momento, caracteriza-se pela colocação em prática do projecto terapêutico que corresponde ao momento de intervenção Psicomotora. Na intervenção psicomotora são desenvolvidas actividades que permitam estimular e desenvolver habilidades e competências que a criança ou jovem apresente menos desenvolvidas. São essencialmente realizadas actividades lúdicas, para que desta forma, a criança esteja mais motivada e envolvida e sem que se aperceba do que efectivamente se está a trabalhar. As actividades desenvolvidas envolvem todas as áreas em que a criança apresenta mais dificuldades de forma a ultrapassá-las. Contudo é necessário ter em atenção o grau de dificuldade apresentado. É essencial integrar as actividades apresentadas na área sensível de aprendizagem da criança, para que não sejam elaboradas actividades demasiado fáceis que desmotivem ou actividades muito difíceis que criem frustração. Por último, a avaliação final é a repetição da avaliação inicial elaborada, quando possível, com o objectivo de perceber se houve melhorias e em que áreas ocorreram, através da comparação dos resultados obtidos nos diferentes testes elaborados. Após estes momentos é elaborada a reavaliação do caso, em equipa, para discussão da continuidade em Psicomotricidade ou integração noutra valência do SPSMIA.

As sessões de intervenção psicomotora apresentam uma duração de 45 a 50 minutos e apresentam uma estrutura típica, mas que não é tida como rígida, uma vez que as sessões mesmo tendo um planeamento prévio decorrem, muitas vezes, pelas propostas apresentadas pela criança. Assim, a estrutura da sessão é: ritual de entrada (retirar os sapatos), conversa inicial, actividade proposta pela criança, actividade proposta pelo terapeuta, conversa final e ritual de saída (calçar os sapatos).

3.5 - AVALIAÇÃO

Segundo Ramos, Silvério e Strecht (2005), a avaliação corresponde a um processo de recolha abrangente de todo o tipo e do máximo de fontes possíveis de informação, neste caso, sobre alguém, através de observações directas, de opiniões, de provas feitas entre outros meios, com o objectivo de identificar as problemáticas sobre as quais é possível tomar decisões em relação às mesmas.

A avaliação pode apresentar duas vertentes, nomeadamente, a avaliação informal e a avaliação formal. A primeira caracteriza-se por uma recolha de dados através de, por exemplo, da escala de observação informal do comportamento, informação proveniente de entrevistas a pais e professores. Com esta avaliação são tidos com conta diferentes aspectos como a atitude da criança ou jovem perante as actividades, a sua relação com o técnico e com objectos, a sua actividade espontânea, a comunicação e a gestão da distância. No que respeita à avaliação formal, esta traduz-se pela recolha de dados através da aplicação de testes estandardizados para determinados grupos.

Segundo Pitteri (2004), a avaliação antes da intervenção psicomotora é um aspecto muito importante, uma vez que, é necessário delinear um projecto terapêutico específico para cada criança ou jovem tendo este que ser adaptado às características da criança ao longo do processo de intervenção.

O processo de avaliação realizado, com as crianças em acompanhamento terapêutico, consistiu numa junção da informação recolhida através da avaliação formal e avaliação informal. Através da escala de observação de comportamentos foi possível verificar algumas mudanças, mais evidentes a nível qualitativo dos comportamentos observados.

Na avaliação formal elaborada foi realizada a recolha de dados através de testes (testagem) e a avaliação informal através da observação e entrevistas semi-estruturadas.

3.5.1 - TESTAGEM

A testagem corresponde à aplicação de um teste, que não é mais do que um conjunto organizado e padronizado de tarefas/questões que pretende avaliar conhecimentos, competências ou comportamentos, reflectindo-se estes num resultado, que será classificado e comparado com a média standard (Ramos, Silvério & Strecht, 2005). Contudo, nestes casos, especificamente, não é realizada essa comparação com a média standard devido aos testes realizados não estarem validados para a população portuguesa. Assim sendo, estes testes não são de referência à norma, mas utilizados como referência a critério, ou seja, o mesmo teste será aplicado à mesma pessoa nas mesmas condições para que seja possível observar a sua evolução, estagnação ou regressão.

Nos processos de avaliação através da testagem foram utilizados testes como a Escala de Avaliação Comportamental (Behavior Assessment System for Children – BASC), a Bateria Psicomotora (BPM), o Desenho da Pessoa (Drawn a Person – DAP), o teste de Diagnóstico Informal da Linguagem Escrita (DILE), o teste de Diagnóstico e Reeducação dos problemas da Escrita e o Body Skills.

Através da aplicação destes testes é possível reunir um conjunto de informação relativa à compreensão cognitiva, à sensibilidade afectiva e à habilidade práxia, nunca devendo ser os dados instrumentais da avaliação isolados do que advém da relação

com a criança ou adolescente com o próprio, com o espaço, o tempo e a relação com o outro.

A selecção dos instrumentos de avaliação a aplicar a cada criança foi realizada após a recolha de informação de diferentes fontes (processos clínicos, avaliações anteriores, informação de outros técnicos) e que teve como principal objectivo ir ao encontro das necessidades específicas de cada criança.

A utilização de diferentes metodologias e instrumentos teve como principal objectivo possibilitar a recolha de informação (qualitativa e quantitativa) relativa ao funcionamento socio-emocional, cognitivo e prático de cada criança possibilitando a construção de um perfil intraindividual, onde se procurou identificar as potencialidades e dificuldades de cada uma.

3.5.2 - ESCALA DE AVALIAÇÃO COMPORTAMENTAL (BEHAVIOR ASSESSMENT SYSTEM FOR CHILDREN – BASC) (Reynolds & Kamphaus, 1992)

A BASC é um instrumento de avaliação que é constituído por um conjunto de elementos que visam avaliar a criança ou jovem tendo em consideração várias fontes de informação. Este teste avalia os comportamentos e auto-percepções de crianças e jovens com idades compreendidas entre os 4 e os 18 anos de idade. Também permite avaliar diversos aspectos dos comportamentos e a personalidade, incluindo as dimensões positivas (escalas adaptativas) e negativas (escalas clínicas).

Este teste foi elaborado com o objectivo de auxiliar o diagnóstico diferencial e a classificação educacional de uma variedade de perturbações emocionais e comportamentais das crianças e jovens, assim como, permite delinear os projectos terapêuticos de intervenção.

29

Na BASC existem três escalas, através das quais é recolhida informação relativa ao caso em acompanhamento, nomeadamente, a escala de avaliação dos pais (contexto familiar), a escala de avaliação dos professores (contexto escolar) e a escala de auto-avaliação (auto-percepção), para crianças com idade superior a 8 anos.

Quanto às escalas de avaliação para pais e professores existem três formas, em função das faixas etárias (pré-escolar [4-5 anos], crianças [8-11anos] e adolescentes [12-18 anos]). Estas escalas são constituídas por cinco componentes: Problemas Exteriorizados (Agressividade, Hiperactividade, Problemas de Conduta); Problemas Interiorizados (Ansiedade, Depressão, Somatização); Problemas Escolares (Problemas de Atenção e de Aprendizagem); Outros Problemas (Atipicidade, Isolamento Social); Competências Adaptativas (Adaptabilidade, Liderança e Competências Sociais).

No que concerne à escala de auto-avaliação apresenta duas formas, em função das faixas etárias (crianças [8-11anos] e adolescentes [12-18 anos]). Estas escalas reflectem a auto-percepção das crianças e jovens que respondem apenas como Verdade ou Falso a cada item. Para as crianças esta escala é constituída por doze escalas e para os jovens catorze escalas. Nestas escalas existem componentes idênticos como: Inadaptação Escolar (Atitude com a Escola, Atitude com os Professores, Procura de Sensações), Perturbações Clínicas (Ansiedade, Atipicidade, Locus de Controlo, Stress Social, Somatização), Outros Problemas (Depressão, Sentido de Inadequabilidade) Ajustamento Pessoal (Relações com os Pais, Relações Interpessoais, Auto-Estima, Auto-Confiança) e um Índice de Sintomas Emocionais que reúne escalas de diferentes componentes.

3.5.3 - BATERIA PSICOMOTORA (BPM) (Fonseca, 2007)

Este instrumento "...permite detectar défices funcionais (ou substanciar a sua ausência) em termos psicomotores, cobrindo a integração sensorial e perceptiva que se relaciona com o potencial de aprendizagem da criança." (Fonseca, 2007, p.112). Permite a recolha de informação para a identificação qualitativa de dificuldades psicomotoras e de aprendizagem da criança ou jovem, de forma a compreender o modo de funcionamento do cérebro e os processos mentais de base da psicomotricidade. Auxilia na percepção da personalidade psicomotora e o grau de integridade dos sistemas funcionais complexos, segundos as três unidades funcionais do Modelo de Luria.

A BPM é um instrumento psico-pedagógico que pode auxiliar na compreensão dos problemas de comportamento e aprendizagem evidenciados em crianças e jovens com idades compreendidas entre os 4 e os 12 anos. É constituído por um conjunto de situações/tarefas que permitem analisar de uma forma dinâmica o perfil psicomotor da criança. As tarefas que constituem a BPM distribuem-se por sete factores psicomotores: Tonicidade, Equilibração, Lateralização, Noção do Corpo, Estruturação Espaço-Temporal, Praxia Global e Fina. A evolução dos factores psicomotores respeita a hierarquização vertical do Modelo Luriano, sendo necessário um harmonioso desenvolvimento no qual cada um realiza a sua contribuição para a organização psicomotora global.

No que respeita à cotação da BPM, em todos os factores e subfactores, o nível de realização da criança ou jovem é classificado numericamente, da seguinte forma:

1 Ponto → ausência de resposta ou realização imperfeita, incompleta, inadequada e descoordenada. As respostas apresentadas são muito fracas ou fracas e traduzem disfunções evidentes que reflectem dificuldades de aprendizagem significativas (Apraxia).

2 Pontos → presença de resposta insuficiente e disfunções ligeiras que reflectem algumas dificuldades de aprendizagem. A resposta traduz uma realização fraca com dificuldades de controlo e alguns sinais desviantes (Dispraxia).

3 Pontos → presença de resposta completa adequada e controlada, sem disfunções evidenciadas não sendo objectivadas dificuldades de aprendizagem (Eupraxia).

4 Pontos → representativo de desempenho perfeito com realização perfeita e com facilidade de controlo, evidenciando, desta forma, facilidade na aprendizagem (Hiperpraxia).

Inicialmente, na BPM são tidos em conta o aspecto somático e morfológico (ectomorfo, mesomorfo e endomorfo), os desvios posturais (lordose, cifose, escolioses) e o controlo respiratório (inspiração, expiração e apneia), assim como, a fadigabilidade que a criança apresenta ao desenvolver as actividades que compõem o teste.

Relativamente à Tonicidade são desenvolvidas actividades/tarefas que permitem a avaliação da hipotonicidade/hipertonicidade, extensibilidade, passividade, paratonia, diadococinésias e sincinésias. No que respeita à Equilibração é avaliado a imobilidade, o equilíbrio estático e dinâmico, na Lateralização é verificada a mesma a nível ocular, auditivo, manual, pedal, inata e adquirida. Ao nível da Noção do Corpo são apreciados aspectos como o sentido cinestésico, o reconhecimento da direita/esquerda, auto-

imagem (face), imitação de gestos e desenho do corpo. No que concerne à Estruturação Espaço-Temporal é tido em conta a organização, estruturação dinâmica, representação topográfica e estruturação rítmica. Relativamente à Práxia Global avalia-se a coordenação óculo-manual, óculo-pedal, dismetria e dissociação. Por último, na Práxia Fina é tida em conta a coordenação dinâmica manual, o tamborilar e a velocidade-precisão.

No final da aplicação deste instrumento é possível a obtenção de um resultado final (pontuação máxima 28 pontos), permitindo, desta forma, elaborar uma análise do perfil psicomotor da criança ou jovem avaliada. É possível identificar cinco perfis psicomotores: perfil psicomotor superior (27-28 pontos) ou bom (22-26), também denominados, simplesmente, perfil hiperpráxico; perfil psicomotor normal ou eupráxico (14-21 pontos); perfil dispráxico (9-13 pontos) já apresenta dificuldades de aprendizagem ligeiras e, por último, o perfil deficitário ou apráxico (7-8 pontos) que traduz dificuldades de aprendizagem significativas.

3.5.4 - DESENHO DA PESSOA (DRAWN A PERSON – DAP) (Naglieri, 1988)

O DAP é um instrumento de avaliação do desenho da figura humana, desenvolvido como medida complementar e adicional do nível de desenvolvimento intelectual e, mais especificamente, do nível da integração cognitiva da imagem do próprio corpo. É aplicado a crianças e jovens com idades compreendidas entre os 5 e 17 anos de idade. Apresenta como características principais ser um sistema de cotação quantitativa, ser pouco influenciado pelas variáveis linguísticas, que pode ser aplicado em grupo ou individualmente e a sua avaliação poder providenciar informação valiosa relativamente ao desenvolvimento intelectual como suplemento de testes de inteligência.

31

No DAP são analisados três figuras humanas (homem, mulher e o próprio) separadamente, podendo apenas a criança ou jovem dispor de um lápis e uma borracha, para além da folha de resposta.

No que concerne à organização, este instrumento, apresenta três componentes de cotação (critérios, categorias e itens). Apresenta catorze critérios (braços, ouvidos, olhos, pés, dedos, cabelo, cabeça, pernas, boca, pescoço, nariz, tronco, ligação das diferentes partes do corpo e vestuário) cotados tendo em conta as suas características ou itens específicos. Relativamente aos itens estes apresentam quatro categorias: presença, detalhes, proporção e bónus.

3.5.5 - TESTE DE DIAGNÓSTICO INFORMAL DA LINGUAGEM ESCRITA (DILE) (Fonseca, 1978)

Segundo o autor, o DILE representa um meio informal de diagnóstico dos factores de comportamento que englobam a aprendizagem da linguagem escrita. É um instrumento pedagógico, essencialmente, elaborado para facilitar a identificação do perfil da criança, sendo assim possível enumerar as áreas fortes e fracas do mesmo, de forma a delinear um conjunto de estratégias a utilizar no seu processo de aprendizagem.

A nível organizacional existem duas partes distintas, nomeadamente: Aspectos Receptivos da Linguagem (pré-aptidões da leitura) e as Aptidões da Leitura Oral e Silenciosa. Os aspectos receptivos da linguagem englobam tarefas como: discriminação visual de símbolos gráficos, discriminação visual de letras, nome de

letras, sons de letras, silabação, discriminação visual de palavras, memória visual, análise fonética, reconhecimento de palavras, vocabulário e articulação. No que respeita às aptidões da leitura oral: pronúncia; confusões, repetições e hesitações; omissões, inversões, adições e substituições, velocidade de leitura, pontuação, expressão, postura corporal, compreensão e interpretação e desenvolvimento de conclusões. Por último, na leitura silenciosa: postura corporal, atenção e segurança, compreensão e interpretação e desenvolvimento de conclusões.

Este instrumento para além de ser um meio de observação pedagógica, permite uma análise mais detalhada dos problemas que as crianças com dificuldades de aprendizagem apresentam. Desta forma, é possível delinear um projecto pedagógico-terapêutico mais adequado e ajustado às necessidades específicas de cada criança avaliada.

3.5.6 - TESTE DE DIAGNÓSTICO E REEDUCAÇÃO DOS PROBLEMAS DA ESCRITA (DRPE) (Stott, Moyes, & Henderson, S/D)

O teste de DRPE foi desenvolvido tendo em conta, essencialmente, 4 objectivos: fornecer ao agente educativo ou técnico um meio sistemático de identificação de dificuldades na destreza motora da escrita; representa um recurso reeducativo; permite a elaboração de uma avaliação clínica e investigação empírica nas quais os problemas na destreza motora da escrita são indicadores adicionais relativamente a problemas a nível neurológico, de despistes ou devido a stresse e, por último, como formação para professores ou agente educativo.

A população-alvo para este teste é, essencialmente, representada por crianças que já beneficiaram de pelo menos dois anos de instrução da escrita. Contudo, este aspecto não é muito rígido, sendo também utilizado em crianças com menos experiência, caso o professor reconheça ser importante, e em adultos que perderam a capacidade da escrita, devido a lesão cerebral, para monitorizar o seu progresso.

32

A escrita como meio de comunicação deve ser, no mínimo, legível. Dessa forma os erros na escrita são em primeiro lugar definidos em termos de legibilidade e em segundo lugar em termos da aparência geral da escrita.

A análise de erros realizada com o DRPE elabora-se de acordo com o tipo de erros e as suas origens, sendo identificados essencialmente quatro tipos de erros: erros de conceito, erros espaciais, erros de controlo e erros na posição da escrita.

Relativamente à avaliação no DRPE, esta é dividida em três partes, nomeadamente, erros de conceito (formação e ligação das letras, espaçamento entre letras e palavras, alterações estilísticas, indistinção de letras por economia de movimento); erros de controlo (segurança nos traços rectos e curvos, consistência no tamanho das letras, consistência da inclinação e alinhamento das palavras) e a mecânica dos handicaps da escrita e do comportamento.

3.5.7 - BODY SKILLS (Werder & Bruininks, 1988)#

O Body Skills é um instrumento de avaliação que permite: a identificação de dificuldades e limitações e estabelecimento de objectivos a nível motor, selecção de actividades e avaliação dos progressos adquiridos. Os principais objectivos são a proficiência motora funcional das crianças, o nível das habilidades da motricidade global e fina, a facilitação da transferência de habilidade motoras para o quotidiano,

promoção do auto-conceito positivo, promoção de comportamentos assertivos e adequados e enriquecimento do vocabulário funcional ao nível dos conceitos motores.

Este instrumento está organizado como um currículo de desenvolvimento motor adequado a crianças dos 2 aos 12 anos de idade. Representando um método sistemático de avaliação, planeamento e ensino das habilidades motoras a diferentes níveis.

Relativamente à aplicação deste teste, este caracteriza-se pela plasticidade e flexibilidade que permite abranger diversas situações de aprendizagem, as actividades desenvolvidas podem ser adaptadas ao espaço e materiais disponíveis. Pode ser aplicado individualmente ou em grupos, sendo importante que as crianças estejam familiarizadas com o material e com as actividades propostas.

As habilidades motoras apresentam-se em três níveis de desenvolvimento, sendo classificados como, rudimentar, funcional e maturo (progressão até à proficiência). O currículo é adaptável a crianças com dificuldade intelectual e desenvolvimental, deficiência a nível sensorial, sócio-emocional e motora.

O currículo divide-se em cinco módulos, nomeadamente: Controlo do Corpo, Locomoção, Condição Física, Manipulação de Objectos e Motricidade Fina. No que respeita ao Controlo do Corpo as habilidades motoras tidas em conta são: noção corporal, equilíbrio estático e dinâmico, enrolamento do corpo e agilidade. Relativamente à Locomoção são avaliadas habilidades motoras como o gatinhar, a marcha, o salto horizontal e vertical, a corrida, o galopar e o pé-coxinho. A condição física engloba a flexibilidade do braço, ombros e tronco, desenvolvimento aeróbio, força abdominal, flexibilidade da coxo-femural, força perna/anca e força braço/ombro. A manipulação de objectos é um módulo que compreende o apanhar, lançar, rolar e lançamento por baixo, pontapear e drible, lançamento por cima e bater com a bola com um objecto. Por último, a motricidade fina que se caracteriza pelo controlo de objectos pequenos, agarrar, força de mãos e controlo visuo-motor.

3.5.8 - OBSERVAÇÃO (Morato, 2008)

Observar não é apenas olhar, mas sim problematizar, é querer ver melhor, ver para além do que é conhecido, interrogando a realidade numa tentativa de a explicar. É uma acção planeada, que tem como principal objectivo a recolha do máximo de informação, quantitativa e qualitativa, relativa a uma situação, pessoa ou objecto em função de um objectivo previamente estabelecido.

Nos processos de intervenção a observação foi utilizada em todas as sessões, inicialmente, como fonte de obtenção de informação qualitativa e quantitativa relativamente a comportamentos, acções, gestos da criança ou jovem que ajudassem a compreender melhor as suas capacidades e limitações. Ao longo do processo terapêutico a observação teve como objectivo a verificação de alterações comportamentais, psico-afectivas, cognitivas e psicomotoras. Por último, no final da intervenção a observação permitiu estabelecer uma comparação, qualitativa e quantitativa, entre o observado na fase inicial e na final, com o objectivo que verificar as diferentes aquisições realizadas em diferentes domínios. Sendo os domínios comportamental e psicomotor os que apresentam mais diferenças observadas ao longo dos processos de intervenção.

No âmbito das intervenções, o papel assumido foi de observador participante activo, no qual houve uma recolha de dados relativos à atitude da criança ou jovem às actividades propostas, a forma como gere a distância em relação ao observador, a

actividades espontâneas que apresenta, o tipo de relação que estabelece com o outro, com o espaço e com os objectos, assim como, a qualidade e quantidade de comunicação verbal e não-verbal apresentadas.

3.5.9 - ENTREVISTAS SEMI-ESTRUTURADAS

A entrevista é um meio, através do qual é possível a obtenção de informação do entrevistado, relativamente a um objectivo previamente definido, por exemplo, obter informação relativa ao quotidiano de uma criança, aos comportamentos que apresenta, as dificuldades com que se defronta, a forma como os pais conseguem auxiliar os seus filhos perante adversidades, entre outra informação. Foram realizadas duas entrevistas, nos casos em acompanhamento terapêutico.

A utilização das entrevistas tem como principal objectivo a recolha de informação, dos pais, relativamente ao que os preocupa em relação ao seu filho no quotidiano. Este momento representa também um espaço para os pais conversarem com alguém que irá desenvolver um trabalho, no qual o mencionado por eles terá influência e pode ser integrado como objectivo no projecto terapêutico. Envolver os pais no processo terapêutico é outro objectivo da realização destas entrevistas, uma vez que, quando os pais se envolvem no processo de intervenção e colocam em práticas algumas estratégias utilizadas na Psicomotricidade, o que representa um passo em frente para o alcance de algum sucesso.

Existem diferentes entrevistas, tendo sido utilizada a entrevista semi-estruturada, na qual o entrevistador já tem previamente elaborado um conjunto de perguntas que pretende realizar, mas que podem surgir momentaneamente durante a conversa. Não existe um guião pré-definido, este tipo de entrevista caracteriza-se por ser uma conversa aberta, em que pode surgir qualquer tema que seja relevante para o caso, mas existem já aspectos para os quais é pretendido obter mais informação.

3.6 - AVALIAÇÃO DOS CASOS EM ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO

3.6.1 - CASO J.C

3.6.1.1 - PLANEAMENTO DA INTERVENÇÃO PSICOMOTORA

No que concerne ao acompanhamento do J.C., já existia no processo uma avaliação psicomotora realizada, que por ser recente, inferior a 6 meses não foi repetida. Contudo, devido às diversas áreas fracas referidas e aos aspectos mencionados pela Pedopsiquiatria responsável do caso, foi possível delinear uma avaliação inicial que não se traduzisse como uma repetição da realizada.

Assim sendo, numa primeira sessão, iniciou-se a avaliação informal através de:

- Entrevista semi-estruturada aos pais (realizada pela Dra. Lídia);
- Observação, tendo como base vários parâmetros da grelha de observação, cedida pelo Professor Rui Martins.

Relativamente à avaliação formal pretendia-se a aplicação da:

- Escala de Avaliação Comportamental (Behavior Assessment System for Children - BASC) - versão pais, professor e de auto-avaliação; (Reynolds & Kamphaus, 1992);

- Teste de Diagnóstico e Reeducação dos Problemas da Escrita (Stott, Moyes, & Henderson, s/d);
- Body Skills (alguns módulos), (Werder & Bruininks, 1988);
- Desenho da Figura Humana (DAP) (Naglieri, 1988).

3.6.1.2 - AVALIAÇÃO INICIAL

ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURA

A entrevista semi-estruturada teve, como principal objectivo, conhecer melhor o caso do J. através da versão apresentada pelo pai e, como tentativa, de perceber quais as preocupações actuais dos mesmos relativamente ao filho. Neste momento, foi importante dar um pouco de espaço aos pais para exprimirem as suas preocupações diárias e, também, para explicar o trabalho desenvolvido na intervenção psicomotora. Foi possível verificar que a relação entre os pais caracteriza-se pela acusação mútua relativamente aos castigos e regras apresentadas ao J.. Foi referido pela mãe que o pai e irmão têm alguma dificuldade em lidar com alguns comportamentos do J., chegando, por vezes, a ofendê-lo verbalmente. A mãe apresenta um discurso muito desvalorizante do J., centrando-se na deficiência que ele vai continuar a ter e que o vai impossibilitar de alcançar os objectivos que ela tem para ele. Os pais não conseguem identificar o que os preocupa mais actualmente, referindo apenas que o J. não tem amigos, que se isola e não frequenta nenhuma actividade extra-curricular.

OBSERVAÇÃO

Durante as sessões iniciais foi possível verificar que o J. é um jovem com pouca iniciativa, pouco motivado e criativo e que perante actividades propostas é pouco receptivo. Estabelece algum contacto visual, mas não muito, e verbaliza constantemente a insatisfação em estar nas sessões, mas no momento da saída é necessário pedir mais que uma vez que se calce que a sessão terminou. A nível da linguagem verbal, o J. apresenta um discurso desorganizado, mas vocabulário adequado à idade. É um jovem que não valoriza os seus feitos, com baixa auto-estima, estando constantemente a desvalorizar os sucessos alcançados. Relativamente às reacções emotivas, a sua expressão é muito pouco investida, transmitindo todos os sentimentos com a mesma expressão.

BASC

A BASC foi aplicada para identificar melhor as características que os pais sobrevalorizam e subvalorizam no J., para obter informação proveniente de outro contexto em que o J. está integrado, assim como, para perceber qual a percepção que o J. tem de si. Sendo, desta forma, possível cruzar informação de diferentes contextos e intervenientes o que permite uma representatividade mais fiel da realidade vivida.

No que respeita à versão do professor, foi entregue à directora de turma, posteriormente ao contacto telefónico explicativo da importância do teste e da recolha de informação perante diferentes intervenientes da vida do J., assim como, a importância do preenchimento total do teste. A professora entregou a BASC com 36 itens sem resposta, facto que excluiu este teste da avaliação formal. Contudo, através de alguns itens respondidos é possível identificar algumas características do J. que são descritas com frequentes e que são relevantes. Assim sendo, são destacados

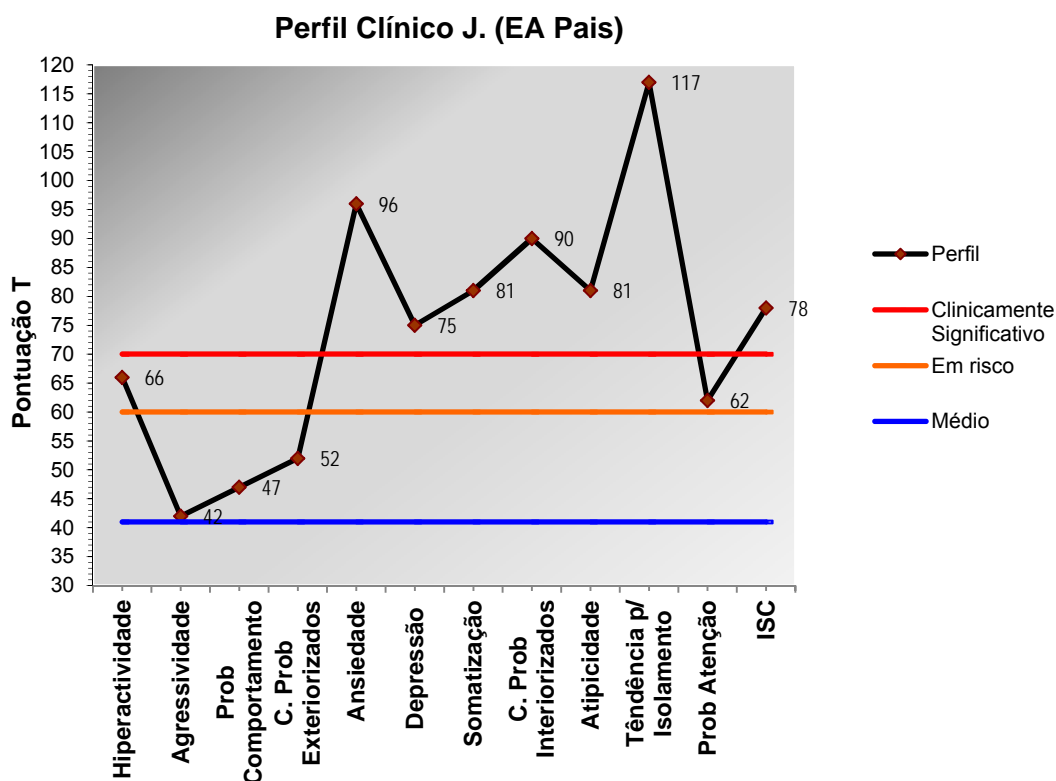
como comportamentos frequentes: ser um mau perdedor, ser apressado a realizar o trabalho que lhe é distribuído, ter momentos de mau humor, distrai-se facilmente, comete erros por falta de cuidado, distrai-se facilmente nos trabalhos da escola, tem dificuldades em fazer novos amigos, é nervoso, tem problemas de concentração. E como comportamentos que nunca ocorrem: ser escolhido como líder, felicitar os outros quando algo de bom lhes acontece, ser criativo, trabalhar muito, realiza trabalhos de casa, frequentar actividades extra-curriculares e oferece ajuda aos colegas. Estes comportamentos são demonstrativos de algumas características do J. e possibilitaram um melhor conhecimento do caso. Este facto, permitiu incluir alguns dos comportamentos mencionados nos aspectos a trabalhar durante a intervenção.

No que concerne à versão dos pais, foi elaborada pela mãe do J. durante uma sessão de intervenção Psicomotora e, após, a explicação da importância de recolher informação relativamente aos comportamentos e algumas características do seu filho nos passados 6 meses.

Após a análise dos dados recolhidos nesta versão da BASC, foi possível verificar que o teste apresenta um índice $F=4$, o que significa que é necessário ter muito cuidado com a interpretação dos dados apresentados, ou seja, são dados que podem não traduzir a realidade como esta é verdadeiramente. Este aspecto está relacionado com o facto de alguns pais apresentarem muitas respostas que traduzem resultados tendencialmente negativos o que se traduzem num número irreal de problemas.

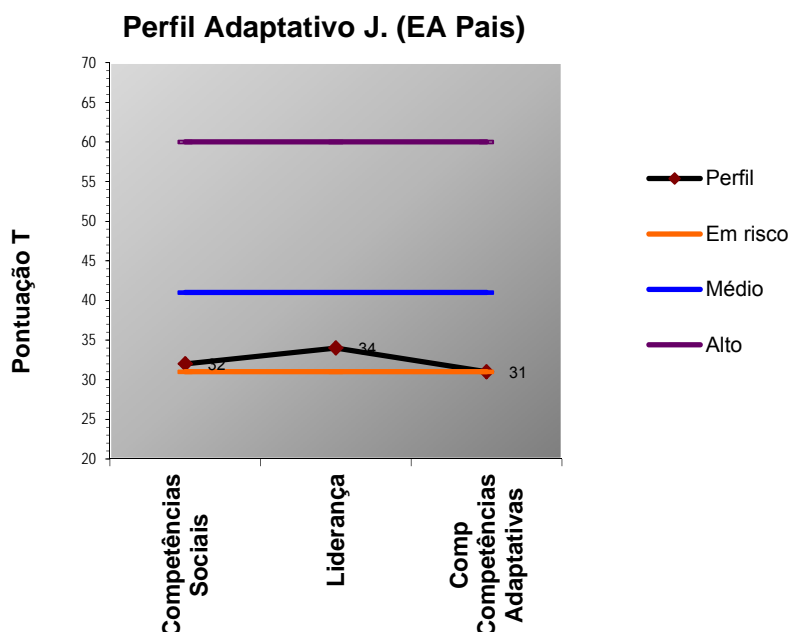
De seguida, são apresentados os gráficos elaborados com os resultados obtidos, relativamente, ao perfil clínico e perfil adaptativo.

GRÁFICO 1 – Perfil Clínico J. Avaliação inicial (Escala de Avaliação dos Pais - BASC).



Através da análise do perfil clínico delineado pela mãe, é possível verificar que na visão da mesma, o J. apresenta como aspectos clinicamente significativos a componente dos Problemas Interiorizados, nomeadamente, ansiedade, depressão e somatização, assim como, atipicidade e a tendência para o isolamento, o que traduz um índice de sintomas comportamentais também clinicamente significativo. Este índice reflecte, como o nome indica, os aspectos comportamentais que advém de vários domínios, nomeadamente, hiperactividade, agressividade, ansiedade, depressão, atipicidade e problemas de atenção. Desta forma, é possível verificar que a mãe do J. transporta para o próprio toda a sintomatologia que a mais preocupa. Sendo evidente que a tendência para o isolamento é a característica mais marcante, este facto explica-se devido à grande dificuldade do J. em fazer amigos, como mencionado na entrevista com os pais. Verifica-se também a existência de aspectos considerados em risco a hiperactividade e os problemas de atenção, contudo este facto pode traduzir a excessiva preocupação e focagem a estes comportamentos devido ao diagnóstico avançado pela Pedopsiquiatra de PHDA. Contudo, como foi mencionado anteriormente a leitura destes resultados deve ser elaborada com alguma cautela.

GRÁFICO 2 – Perfil Adaptativo J. Avaliação inicial (Escala de Avaliação dos Pais - BASC).

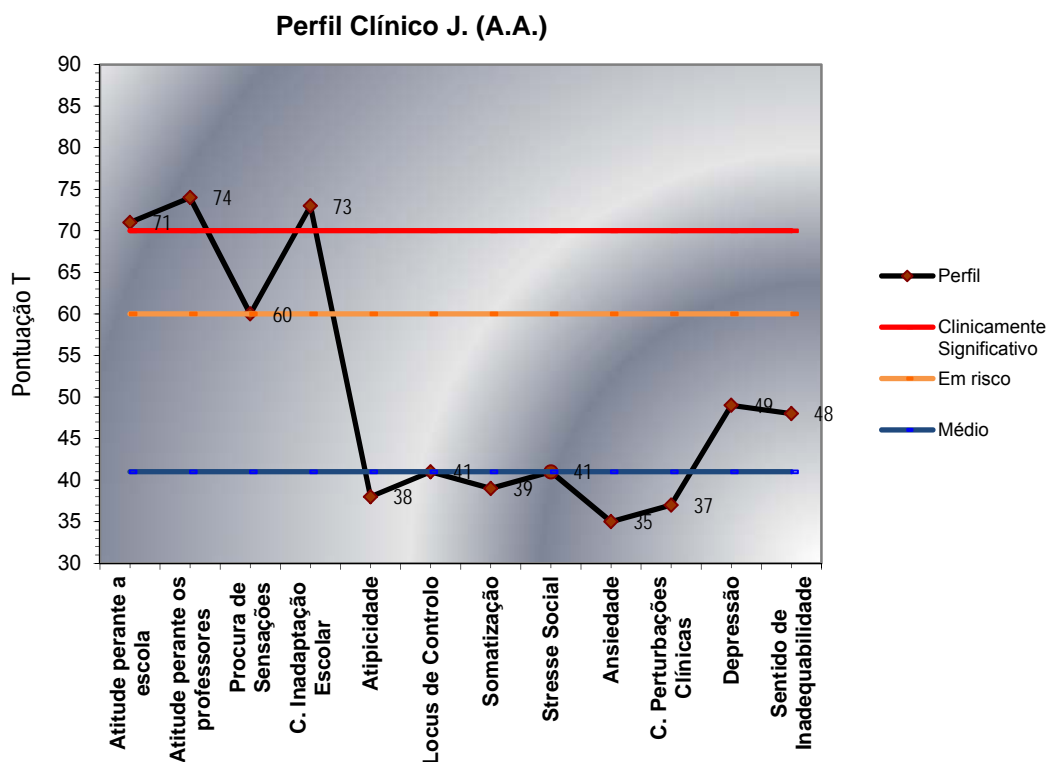


No que diz respeito ao perfil adaptativo, delineado pela mãe, verifica-se que toda a componente de competências adaptativas se encontra no nível de risco.

Importa referir, que esta avaliação inicial a mãe teve em conta o ano lectivo anterior em que, segundo o próprio o J. estava a ver vítima de Bullying e, devido a tal, transferiu-o para outra escola.

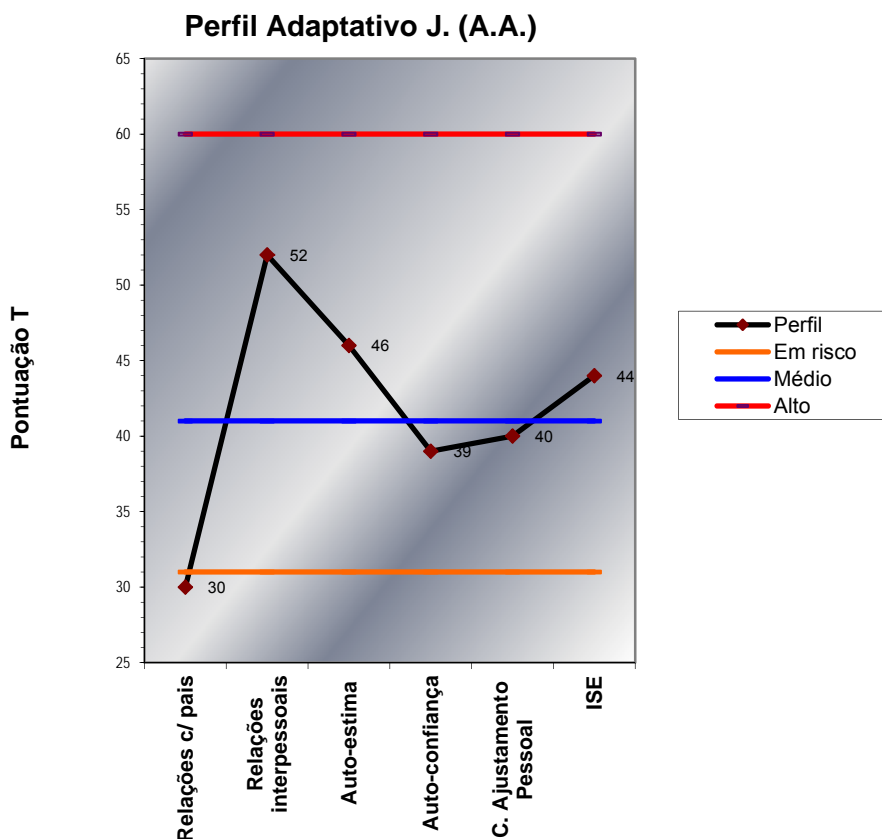
Pelo facto dos resultados desta versão não apresentarem a segurança efectiva para estabelecer uma comparação fidedigna, não será realizada na avaliação final.

A versão de auto-avaliação do J., nesta fase, só foi possível elaborar em conjunto durante uma sessão. De seguida, são apresentados o perfil clínico e o perfil adaptativo resultantes desta aplicação.

GRÁFICO 3 – Perfil Clínico J. Avaliação inicial (Escala de Auto-avaliação - BASC).

Na aplicação desta versão da escala de auto-avaliação verificou-se um valor de índice F de 4, o que representa que existiram respostas tendencialmente negativas e que é necessário ter cuidado na sua análise. Contudo, o índice L que reflecte a tentativa do jovem em negar os seus problemas, de forma intencional ou inadvertida, é de 4 o que se traduz num resultado aceitável. Assim sendo, os resultados serão analisados com algum cuidado na extracção das conclusões.

No que respeita ao perfil clínico da auto-avaliação do J. é possível verificar que apresenta três aspectos clinicamente significativos, nomeadamente, a atitude perante a escola e professores e a componente de Inadaptação escolar. A grande contra-atitude que o J. apresenta para com a sua mudança de escola pode explicar, em parte, estes resultados. No que respeita aos itens considerado como em risco existe um, no limite inferior, que diz respeito à procura de sensações o que traduz a grande vontade do J. em conseguir fazer algo, como os outros jovens adolescente da sua idade que têm pais menos protectores ou mais liberais. Outros resultados relevantes são os dos itens depressão e sentido de inadequabilidade que se situam num nível médio de atenção. Todos os restantes caracterizam-se pelo baixo nível de significado clínico.

GRÁFICO 4 – Perfil Adaptativo J. Avaliação inicial (Escala de Auto-avaliação - BASC).

No que concerne ao perfil adaptativo do J. verifica-se a existência de um item em risco que diz respeito às relações com os pais. Este facto pode estar relacionado com várias divergências que existem entre o J. e os pais, nomeadamente, em relação à mudança para uma nova escola, à sua protecção excessiva desde pequeno, à supervalorização do irmão e, conseqüentemente, desvalorização dos comportamentos e sucessos do J., entre outros aspectos. Contudo ao longo do processo de intervenção o J. não aceita conversar relativamente ao seu relacionamento com os pais, esta informação foi relatada ao longo do preenchimento deste teste. Sendo a sua autoconfiança e componente de ajustamento pessoal considerado em risco, contudo num nível muito próximo do valor limite superior.

TESTE DE DIAGNÓSTICO E REEDUCAÇÃO DOS PROBLEMAS DA ESCRITA

O teste de Diagnóstico e Reeducação dos Problemas da escrita permite a identificação de alguns erros na letra do jovem que contribuem para a sua caligrafia ser mencionada como um dos principais problemas a nível escolar. No entanto, não foi possível detalhar e identificar essas características devido ao insuficiente número de palavras escritas. Este teste foi aplicado, mas, não foi possível reunir as condições mínimas para a avaliação do mesmo. Conseqüentemente, durante o processo de intervenção não foram elaboradas quaisquer actividades a nível grafomotor, devido a tal, não é realizado este teste no final, uma vez que não existe forma de realizar uma comparação.

BODY SKILLS

No que respeita ao Body Skills, foram aplicados apenas alguns itens dos módulos de Controlo do Corpo, Locomoção, Manipulação de Objectos e Motricidade Fina, pelo facto de terem sido mencionadas como as áreas fracas na avaliação psicomotora já realizada. Não foram aplicadas todas as actividades dos módulos uma vez que seria repetir actividades em que o sucesso já foi evidenciado anteriormente.

A tabela 4, demonstra os resultados obtidos no teste Body Skills, na fase inicial da avaliação, nas actividades dos módulos seleccionados previamente.

TABELA 4 – Resultados obtidos na avaliação inicial do J. no Body Skills.

Módulo	Actividade	Rudimentar	Funcional	Maturo
Controlo do Corpo	Equilíbrio Dinâmico			X
	Equilíbrio Estático		X	
	Agilidade		X	
	Salto Horizontal		X	
Locomoção	Salto Vertical		X	
	Salto Alternado		X	
	Pontapear		X	
Manipulação de Objectos	Driblar		X	
	Apanhar uma bola			X
	Lançar a bola por cima		X	
	Lançar a bola por baixo		X	
	Rolar a bola			X
Motricidade Fina	Controlo óculo-manual		X	

Através dos dados recolhido é possível verificar algumas limitações a nível motor, uma vez que apenas o equilíbrio dinâmico, o apanhar a bola e o rolar a bola se apresentam como aquisições de nível maturo. Este facto poderá estar relacionado com a pouca disponibilidade motora que o J. apresenta, assim como, pelo facto de ter um eczema atópico, ser uma justificativa da sua não participação em aulas de Educação Física, o que contribui para um desenvolvimento abaixo do esperado para a idade.

DAP

O DAP é um instrumento de avaliação complementar e adicional do nível de desenvolvimento intelectual e, mais especificamente, do nível da integração cognitiva da imagem do próprio corpo. Contudo, não foi aplicado devido à resistência e negação de elaboração de actividades a nível grafomotor.

3.6.1.3 - PERFIL INTRA-INDIVIDUAL

Através da informação recolhida na avaliação formal e informal inicial, foi possível identificar o seu perfil intra-individual. Assim sendo, as suas áreas fortes são: a adaptação à variabilidade das tarefas realizadas, o empenho nas tarefas propostas pelo próprio, apresenta um boa compreensão verbal e é empático. As áreas fracas

são: a nível motor a motricidade fina, a caligrafia e disponibilidade motora, a nível psico-afectivo a auto-estima e a disponibilidade emocional e a nível cognitivo a organização do pensamento, manutenção da atenção, estruturação temporal e a fraca capacidade de insight.

3.6.1.4 - PROJECTO TERAPÊUTICO

Após a recolha de toda a informação da avaliação inicial, informal e formal, e da análise do seu perfil intra-individual foi possível elaborar o projecto terapêutico da intervenção Psicomotora para o J.

De seguida, são apresentados os objectivos gerais e específicos do processo de intervenção, assim como, serão indicadas as principais estratégias planeadas e o tipo de actividades a desenvolver que visam alcançar os objectivos inicialmente delineados.

OBJECTIVOS

DOMÍNIO PSICO-AFECTIVO

TABELA 5 - Objectivos gerais do Domínio Psico-Afectivo do Projecto Terapêutico do J.

Objectivo Geral	
Desenvolver competências Psico-afectivas	
	Objectivos Específicos
Promover o diálogo com o outro, através da comunicação verbal.	
Promover a capacidade de comunicar através da comunicação não-verbal.	
Promover a capacidade de expressão emocional (verbal e não-verbal).	
Aumentar a capacidade de resiliência.	
Aumentar a capacidade de tomada de decisões e de iniciativa.	
Promover a atitude crítica e reflexiva.	
Promover o sentimento de realização e afirmação perante o outro.	

41

DOMÍNIO COGNITIVO

TABELA 6 – Objectivos gerais do Domínio Cognitivo do Projecto Terapêutico do J.

Objectivo Geral	
Promover o desenvolvimento de competências cognitivas	
	Objectivos Específicos
Aumentar a capacidade de concentração na tarefa e promover níveis adequados de atenção selectiva.	
Promover competências de planificação e antecipação.	
Aumentar a criatividade e a memória de trabalho.	
Promover a criação de estratégias na resolução de situações-problema.	
Promover a capacidade de organização de ideias e pensamentos.	

DOMÍNIO PSICOMOTOR**TABELA 7 – Objectivos gerais do Domínio Psicomotor do Projecto Terapêutico do J.**

Objectivo Geral	
Desenvolver competências psicomotoras	Objectivos Específicos
	Promover a consciencialização de diferentes estados tónicos.
	Aumentar a capacidade de organização temporal.
	Promover a capacidade de equilíbrio dinâmico e estático.
	Melhorar a coordenação global.
	Aumentar e melhorar a práxia fina.
	Melhorar a grafomotricidade.
	Promover a disponibilidade motora.

ESTRATÉGIAS

Quanto às estratégias delineadas para a intervenção psicomotora no caso do J. é possível destacar:

- Proporcionar um ambiente securizante através do estabelecimento de uma relação empática;
- Recurso à pedagogia do sucesso, de modo a, promover a compreensão e reconhecimento dos insucessos para consequentemente aprender;
- Promover uma estruturação lógica da sessão;
- Sistematização das actividades no final das sessões.
- Promover a actividade espontânea através do jogo simbólico, dando sentido às propostas apresentadas;
- Aceitar as iniciativas do jovem para melhorar e aumenta a sua espontaneidade e criatividade;
- Integração de regras;
- Utilização do reforço positivo e interrogativo para aumentar o sentimento de auto-eficácia e valorização pessoal e promover a capacidade crítica;
- Desenvolvimento de actividades não gráficas que promovam a motricidade fina.

42

ACTIVIDADES

- ✓ Actividades que envolvam técnicas de relaxação e de consciencialização corporal;
- ✓ Actividades de expressão corporal;
- ✓ Actividade espontânea;
- ✓ Actividades estruturadas através do planeamento prévio conjunto;
- ✓ Planeamento das actividades a realizar na sessão;
- ✓ Actividade de competição (mais motivadoras para o jovem);

Segundo Martins & Rosa (2005), o projecto de intervenção Psicomotora realizado com crianças com PHDA deve investir no corpo como uma fonte de adaptabilidade e não apenas como um agente efector. Desta forma, o trabalho a ser desenvolvido pode estar relacionado com diferentes aspectos, nomeadamente, na codificação e decodificação da informação proveniente do corpo e do mundo exterior. Em relação ao J. este trabalho incidiu na vivência de actividades que envolviam relaxação que permitem uma maior consciencialização corporal. Contudo, a decodificação desta actividade, em termos verbais, não foi possível devido às

dificuldades apresentadas pelo J. a este nível. Martins (2001), salienta que a hipertonia pode surgir através da vivência de um diálogo tónico-emocional precoce carencial, contudo, através da relaxação é possível que este diálogo se torne num diálogo promotor de satisfação que se repercute em comportamentos calmos e descontraídos.

A elaboração da planificação espacial, temporal e de utilização de objectos nas actividades foi realizada através da planificação realizada na fase inicial das sessões, e no planeamento que antecedia cada actividade elaborada (Martins & Rosa, 2005).

Rey & Schwab-Reckmann (1994), referem que na Psicomotricidade é possível utilizar todos os canais de comunicação, sendo valorizada a comunicação não-verbal, este trabalho foi desenvolvido com o J. devido às suas dificuldades a nível da comunicação verbal através de actividades de expressão corporal (*cit in*, Martins & Rosa, 2005).

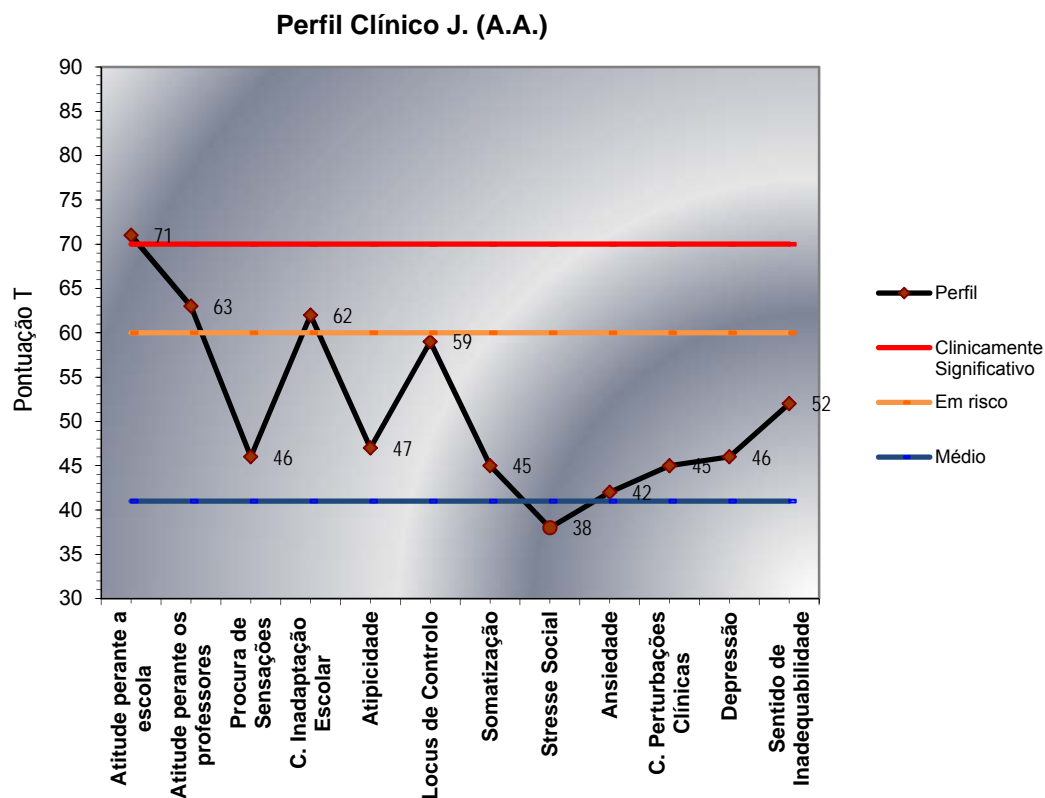
3.6.1.5 - AVALIAÇÃO FINAL

BASC

No que respeita à avaliação final, neste caso, será elaborada a nível da BASC a aplicação da versão de auto-avaliação ao J. Este facto deve-se a apenas esta versão permitir estabelecer uma comparação efectiva devido à existência de resultados, relativamente confiáveis na avaliação inicial. Sendo de seguida apresentados o perfil clínico e o perfil adaptativo.

GRÁFICO 5 – Perfil Clínico J. Avaliação final (Escala de Auto-avaliação - BASC).

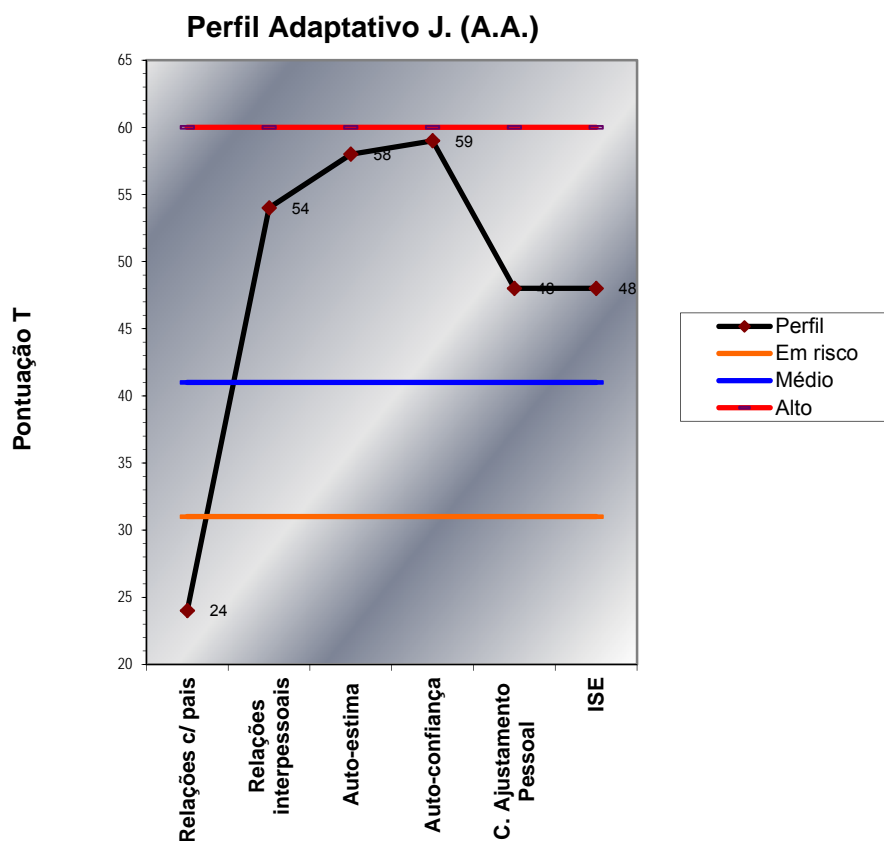
43



No que concerne ao perfil clínico, da escala de auto-avaliação, na avaliação final verificou-se um valor de índice F de 1, o que é bastante relevante, pois os dados recolhidos são claramente aceitáveis para avaliação sem qualquer existência tendencial negativa. Este facto pode estar relacionado com o preenchimento individual, nesta avaliação, e sem ajuda o que se traduziu numa maior sinceridade da sua parte. O índice L é 2 o que se traduz num nível aceitável, ou seja, o J. não nega intencionalmente os seus comportamentos.

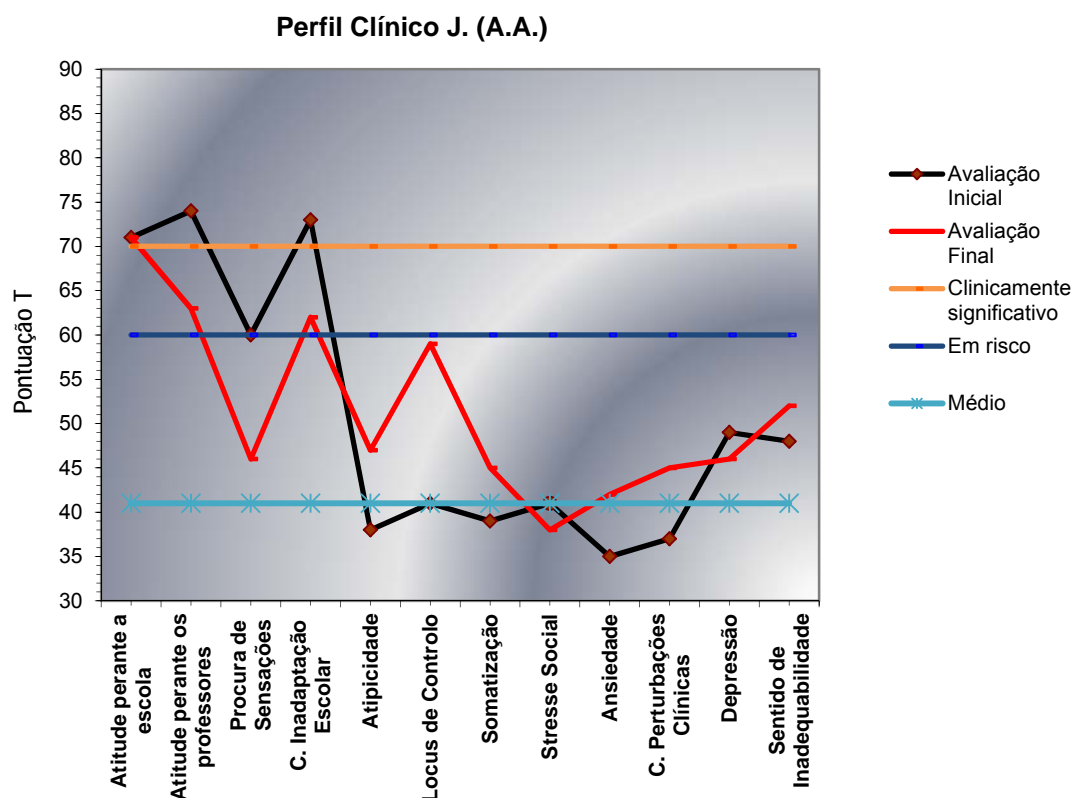
Neste gráfico é possível observar a existência de um aspecto clinicamente significativo que diz respeito às suas atitudes perante a escola devido à sua mudança, no presente ano lectivo e a algumas dificuldades de aprendizagem que apresenta. No que respeita aos itens classificados como sendo de nível em risco encontram-se a atitude perante os professores e a componente de inadaptação escolar. Os restantes itens, excepto o stress social, apresentam um nível médio.

GRÁFICO 6 – Perfil Adaptativo J. Avaliação final (Escala de Auto-avaliação - BASC).

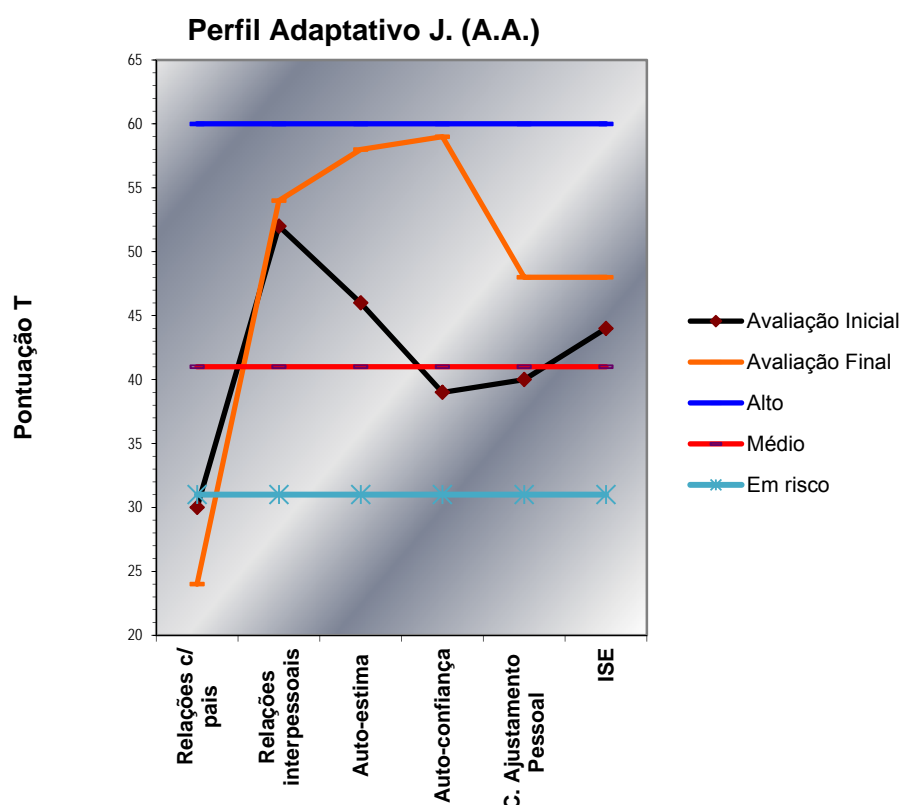


Quanto ao perfil adaptativo na avaliação final, verifica-se a existência de um item com nível de alto risco que diz respeito às relações com os pais, facto que tinha sido verificado na avaliação inicial. Todos os restantes itens apresentam-se classificados num nível médio de importância clínica.

De seguida, são apresentados os resultados da avaliação inicial e final num gráfico, para que seja possível melhor identificar as principais diferenças.

GRÁFICO 7 – Perfil Clínico do J. Avaliação Inicial e Final (Escala de auto-avaliação – BASC).

No que respeita ao perfil clínico, na avaliação final existe apenas um item clinicamente significativo, nomeadamente, a sua atitude perante a escola. No que respeita à componente de inadaptação escolar desceu para o nível de médio significado clínico, devido ao decréscimo da prevalência dos aspectos mencionados pela atitude perante os professores e a procura de sensações. Este facto pode estar relacionado com a maior adaptação do J. à nova escola, ao facto de ser final do ano lectivo e às boas notas obtidas, assim como, o facto de prosseguir para o próximo ano lectivo. Como não está focado nestes aspectos, voltou a focar-se nos aspectos relativos clínicos. O facto do J. se centrar muito na sintomatologia de doenças foi um dos aspectos mencionados pela Pedopsiquiatria aquando da passagem do caso para a integração na intervenção Psicomotora. Na avaliação final é possível verificar estes aspectos devido à subida dos resultados ao nível das componentes das perturbações clínicas (atipicidade, locus de controlo e ansiedade), assim como o sentido de inadequabilidade.

GRÁFICO 8 – Perfil Adaptativo do J. Avaliação Inicial e Final (Escala de auto-avaliação – BASC).

Relativamente ao perfil adaptativo também se verificam mudanças, nas diferentes avaliações, continua a existir um item classificado como tendo risco clínico que é a relação com os pais, contudo este item foi mais mencionado, pela negativa, nesta última avaliação. No que concerne a todos os itens foram classificados mais positivamente na avaliação final, o que traduz numa melhor adaptação do J.

BODY SKILLS

Quanto à avaliação final elaborada através da aplicação do teste Body Skills serão apresentados os resultados na tabela 8.

TABELA 8 – Resultados obtidos na avaliação final do J. no Body Skills

Módulo	Actividade	Rudimentar	Funcional	Maturo
Controlo do Corpo	Equilíbrio Dinâmico			X
	Equilíbrio Estático			X
	Agilidade		X	
Locomoção	Salto Horizontal		X	
	Salto Vertical			X
	Salto Alternado		X	
Manipulação de Objectos	Pontapear		X	
	Driblar		X	
	Apanhar uma bola			X
	Lançar a bola por cima		X	
	Lançar a bola por baixo		X	
Motricidade Fina	Rolar a bola			X
	Controlo óculo-manual		X	

Como é possível observar na tabela 8, comparando com os resultados da tabela 4, foi possível verificar melhorias ao nível de dois itens, nomeadamente, no equilíbrio estático e no salto vertical. Durante a aplicação das actividades foi evidente a diferença de disponibilidade motora, durante esta sessão. Contudo, este aspecto não ocorreu com muita frequência durante todo o processo de intervenção terapêutica.

3.6.1.6 - RECOMENDAÇÕES PARA PROJECTO TERAPÊUTICO

No que concerne a todo o processo de intervenção psicomotora, na minha opinião, o J. não terá indicação para prosseguir com este tipo de intervenção. Este facto deve-se à pouca disponibilidade motora e emocional que se apresenta em todas as sessões, sendo cada sessão pouco produtiva em relação aos objectivos pretendidos alcançar. Mesmo sendo explicada a importância deste tipo de intervenção no seu caso específico, o J. não aceita que necessita de ajuda, sendo este um ponto considerado inicial para qualquer intervenção. Contudo, é importante a continuidade da sua intervenção a nível da Pedopsiquiatria, com as consultas terapêuticas mensais associadas à terapia farmacológica. A nível grafomotor seria importante uma reeducação da escrita, contudo é necessário que o J. aceite a realização da mesma e compreenda esse trabalho como algo que o beneficiará posteriormente. A nível escolar, para melhorar a sua capacidade de socialização deveria ser realizada uma proposta de integração num núcleo ou grupo, em que fossem realizadas actividades do interesse do J., como actividade extra-curricular.

3.6.2 - CASO E. G

3.6.2.1 - PLANEAMENTO DA INTERVENÇÃO PSICOMOTORA

47

No que concerne à avaliação inicial informal elaborada no caso do E., realizada nas sessões iniciais, consistiu em:

- Observação, tendo como base vários parâmetros da grelha de observação, cedida pelo Professor Rui Martins.

E a avaliação inicial formal realizada envolveu a aplicação de:

- Bateria Psicomotora (BPM) (Fonseca, 2007);
- Teste de Diagnóstico Informal da Linguagem Escrita (DILE) (Fonseca, 1988);
- Desenho da figura humana (DAP) (Naglieri, 1988).

3.6.2.2 - AVALIAÇÃO INICIAL

OBSERVAÇÃO

Relativamente ao caso do E., foi possível identificar algumas das suas características através da avaliação informal. O E. pode ser caracterizado como um menino um pouco tímido e imaturo que está constantemente a chuchar o polegar. Perante uma actividade distrai-se com facilidade, o tempo de atenção é muito curto e não realiza qualquer planeamento da actividade que propõe. A motivação está presente em actividades do seu agrado, mas desmotiva quando é proposta alguma actividade relacionado com conteúdos académicos. Tem muitas dificuldades em

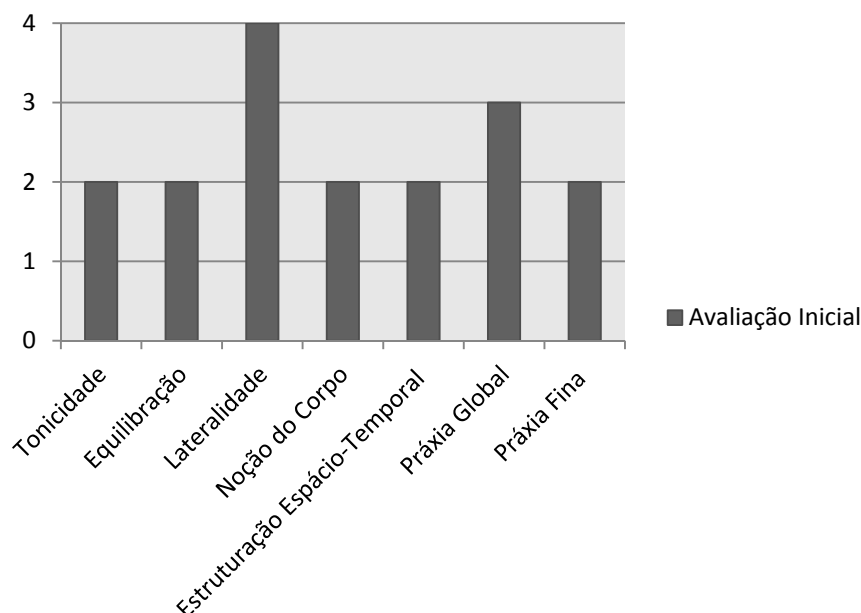
aceitar e respeitar regras, mesmo sendo propostas pelo próprio. Linguagem expressiva pouco investida, o vocabulário é muito pobre, assim como, na linguagem escrita apresenta dificuldades, não nomeia letras e confunde letras com números. É uma criança que procura muito a atenção do adulto, contudo na fase inicial da intervenção apresentou-se um pouco desconfiado. Fraca capacidade em lidar com a frustração, apresentando nestes momentos comportamentos mais agressivos dirigidos ao material. O E. é uma criança imatura e perante a família apresenta uma postura submissa, cabeça baixa.

BPM

A aplicação da BPM permite avaliar o perfil psicomotor de uma forma dinâmica e em que as actividades podem ser facilmente apresentadas com jogos e, desta forma, a avaliação não representar um momento mais aborrecido.

Os resultados obtidos, nesta avaliação, podem ser observados no gráfico 9.

GRÁFICO 9 – Resultados Obtidos na BPM avaliação inicial do E.



Verifica-se que o E. apresenta um perfil psicomotor dispráxico, apresenta dificuldades de controlo na realização das actividades, assim como, é possível a verificação de dificuldades de aprendizagens ligeiras.

No que respeita à Tonicidade, o E. caracteriza-se por uma grande hipertonicidade, sendo evidente na dificuldade na manipulação dos membros inferiores e superiores. Durante as actividades desenvolvidas foi pedido que tenta-se relaxar (ou desligar) e o E. refere que não sabe fazer isso.

A nível da Equilibração são visíveis as dificuldades, muito devido à grande impulsividade do E. e dificuldade em concentrar-se em actividade de menor mobilização motora. No equilíbrio estático, é evidente a sua falta de confiança para com o outro, não conseguindo permanecer de olhos fechados mais que 3/4 segundos, sendo permitido que tente realizar a actividade de olhos abertos, contudo as dificuldades persistem.

A Lateralização não é um factor psicomotor que o E. apresente dificuldades aparentes.

A nível da Noção do Corpo o E. apresenta dificuldades, não tendo noção de articulações e a designação de vários segmentos corporais.

No que respeita à Estruturação Espaço-Temporal as dificuldades são evidentes na organização, estruturação rítmica e dinâmica. Estas actividades como necessitam de uma maior capacidade de manutenção da atenção e as quais o E. apresenta mais dificuldades, a sua memória de trabalho é muito pouco investida.

Relativamente à Práxia Global é uma das suas áreas fortes, este facto está relacionado com o tipo de actividades lúdicas que realizada diariamente na rua quando brinca com os vizinhos e amigos.

Por último, a Práxia fina é um factor psicomotor que está pouco investido devido à impulsividade característica do E. que dificulta a elaboração de actividades de maior precisão e controlo manual. A pega é madura e a força realiza no momento da escrita é adequada.

Tendo em conta toda a história familiar do E. é possível referir que algumas das suas dificuldades devem-se à subvalorização dada pela família às crianças, assim como, à carência emocional demonstrada em todas as sessões no processo de intervenção. A vivência pouco estimulante a nível das competências académicas contribui para os resultados obtidos.

DILE

49

O DILE foi aplicada devido às grandes dificuldades de aprendizagem apresentadas pelo E., ainda não reconhece letras, devido a tal, foi apenas aplicada a parte inicial deste teste que avalia os Aspectos Receptivos da Linguagem, competências pré-leitura.

Os resultados obtidos podem ser observados na tabela seguinte:

TABELA 9 – Resultados obtidos no DILE na avaliação inicial do E.

Discriminação Visual de símbolos gráficos	2
Discriminação visual de letras	2
Nome de letras	1
Sons de letras	1
Silabação	3
Discriminação visual de palavras	2
Memória visual	1
Análise Fonética	1
Reconhecimento de palavras	1
Vocabulário	1
Articulação	1

Na realização deste teste o E. apresentou dificuldades em concentrar-se nas actividades apresentadas, assim como, apresentou alguns comportamentos mais agressivos quando percebia que não consiga responder ao que era pedido. Foi necessário explicar que a intervenção que iria realizar o iria ajudar a ultrapassar algumas das suas dificuldades e conseguir reagir de forma mais adequada no contexto escolar. Outro aspecto de referir é o facto do E. não conhecer a designação das frutas, sendo necessária uma preparação prévia à aplicação do item memória visual. Outro facto evidente é a desmotivação do E. para aprender, este facto deve-se às suas dificuldades a nível académico, assim como, algum desinvestimento no caso do E. por parte da professor, devido ao seu comportamento desadequado. Os resultados obtidos permitem verificar que as aquisições do E. estão num nível básico, uma vez que, actividades que envolvam mais conhecimentos são as cotadas com o valor 1, assim como, a nomeação e som de letras.

DAP

No que respeita à aplicação do DAP este permite ter uma melhor noção da integração cognitiva que criança apresenta relativa à imagem do próprio corpo. Pelo facto de serem realizados três desenhos (homem, mulher e o próprio) é possível conciliar este desenho com o pedido na BPM, e desta forma, identificar algumas limitações a nível do esquema corporal. O E. realizou este teste com 7 anos e 6 meses de idade.

TABELA 10 – Resultados obtidos no DAP na avaliação inicial do E.

Desenho	Valores Brutos	Valores Standard	Classificação
Homem (H)	30	90	Médio-alto
Mulher (M)	22	76	Borderline
Próprio (P)	22	76	Borderline
Totais (H+M+P)	74	77	Equivalente a 5 anos e 8 meses

50

Os desenhos² elaborados pelo E. apresentam uma grande desarmonia e desorganização a nível da noção corporal. A nível do traço é bastante irregular e pouco visível, o que demonstra pouco investimento no desenho. No que refere à classificação realizada, apenas tida em conta para ter uma linha de orientação das limitações a nível do desenho, verifica-se que o E. apresenta diferentes cotações. A nível do desenho da figura do Homem houve um maior investimento por parte do E. o que se reflectiu num nível médio-alto. Contudo nos desenhos da figura da Mulher e do Próprio o investimento nos desenhos não foi tão evidente, sendo, evidentemente, a figura da Mulher a mais desinvestida pelo E..No que respeita aos valores totais é possível verificar que os desenhos seriam o esperado para uma criança de 5 anos e 8 meses, contudo este tem apenas um valor informativo nada mais.

3.6.2.3 - PERFIL INTRA-INDIVIDUAL

Relativamente ao perfil intra-individual elaborado do E. salientam-se como áreas fortes: a motricidade global, relação empática estabelecida com o adulto e a

Anexo 2: Desenhos do DAP (Homem, Mulher e Próprio) da avaliação inicial do E.

disponibilidade motora para as actividades mais motivadoras para si. No que respeita às áreas fracas: um perfil psicomotor dispráxico, linguagem expressiva pouco investida, baixa resistência à frustração, baixa auto-estima, fraca capacidade em aceitar regras e reconhecimento de letras.

3.6.2.4 - PROJECTO PEDAGÓGICO-TERAPÊUTICO

Após a recolha de toda a informação relativa ao E. foi possível desenvolver um projecto pedagógico-terapêutico que engloba-se todas as suas áreas menos investidas que se traduza numa evolução no ser desenvolvimento. Sendo, de seguida, apresentados os objectivos a ter em atenção ao longo de todo o processo de intervenção, as estratégias utilizadas, assim como, as actividades que permitem essa evolução concretizar-se.

OBJECTIVOS

DOMÍNIO PSICO-AFECTIVO

TABELA 11 - Objectivos gerais do Domínio Psico-Afectivo do Projecto Pedagógico-Terapêutico do E.

Objectivo Geral	
Promover o desenvolvimento Psico-afectivo	
Objectivos Específicos	
Promover a capacidade de estabelecer relações de confiança com figuras adultas.	
Promover competências de auto-regulação que permitam lidar adequadamente com as regras, limites e situações frustrantes.	
Promover a capacidade de diálogo com o outro, através da expressão verbal.	
Melhorar a capacidade de tomada de decisões, promovendo a iniciativa e a atitude crítica e reflexiva.	

51

DOMÍNIO COGNITIVO

TABELA 12 - Objectivos gerais do Domínio Cognitivo do Projecto Pedagógico-Terapêutico do E.

Objectivo Geral	
Desenvolver as competências cognitivas	
Objectivos Específicos	
Melhorar a capacidade de antecipação, programação e execução das acções.	
Aumentar a capacidade de concentração na tarefa e promover níveis adequados de atenção selectiva.	
Estimulação dos pré-requisitos da leitura, escrita e cálculo.	
Desenvolvimento da expressão verbal dos seus pensamentos e das emoções.	

DOMÍNIO AUTONOMIA

TABELA 13 - Objectivo geral do Domínio Autonomia do Projecto Pedagógico-Terapêutico do E.

Objectivo Geral	
Promoção de competências de autonomia pessoal.	

DOMÍNIO PSICOMOTOR**TABELA 14 - Objectivos gerais do Domínio Psicomotor do Projecto Pedagógico-Terapêutico do E.**
Objectivo Geral

Desenvolver competências psicomotoras	Objectivos Específicos
	Modelação consciente de diferentes estados tónicos.
	Desenvolvimento da capacidade de manutenção de equilíbrio (estático e dinâmico).
	Promoção da Noção Corporal.
	Melhorar as competências ao nível da estrutura espaço-temporal.
	Promoção de competências de Práxia Global.
	Aumentar as competências de Práxia Fina.

ESTRATÉGIAS

- Enquadramento lúdico das actividades para as tornar apelativas para a criança;
- Utilização de materiais mediadores que promovam vivências regressivas, sentidas como reconfortante e reparadoras para a criança.
- Adequação das actividades às capacidades da criança de forma a que não vivencie situações de frustração ou de desmotivação enquadradas dentro da sua área sensível de aprendizagem.
- Proporcionar um ambiente securizante e reconfortante nas sessões através do estabelecimento de uma relação empática.
- Incentivar a criatividade e a actividade espontânea da criança e a partir desta trabalhar os objectos descritos.
- Desenvolvimento de um padrão da organização da sessão para promoção de um sentimento de segurança face ao espaço (Rotinas de entrada e saída)
- Privilegiar, em fase inicial, as áreas fortes de forma a reforçar a motivação e sentimento de competências, introduzindo progressivamente as áreas fracas.
- Discussão das regras em conjunto para favorecer a sua atitude positiva perante as mesmas.
- Privilegiar os reforços positivos e introduzir outro tipo de reforços.

52

ACTIVIDADES

- ✓ Actividades que envolvam técnicas de relaxação e de consciencialização corporal;
- ✓ Actividades estruturadas através do planeamento prévio conjunto;
- ✓ Actividade espontânea;
- ✓ Actividades com diferentes materiais;
- ✓ Actividades que estimulem conteúdos básicos académicos.

De acordo com Damásio (1994), a emoção refere-se à “combinação de um processo avaliatório mental, que induz um conjunto de mudanças no estado do corpo, as quais correspondem ao conteúdo dos pensamentos relativos a uma determinada entidade ou acontecimento” o que pode ser abordado nas actividades de relaxação neste caso (*cit in*, Martins, 2001, p.97). A hipertonia que o E. apresenta, segundo Martins (2001), pode dever-se devido a vivência de um diálogo tónico-emocional precoce carencial, contudo, através da relaxação é possível que este diálogo se torne num diálogo promotor de satisfação que se repercute em comportamentos calmos e

descontraídos. Na relaxação esse diálogo estabelece-se pela vivência de momentos de presença ou ausência, aproximação ou afastamento, pelo tipo de mobilização ou palpação do terapeuta em relação à criança. Factos estes que permitem à criança experienciar oscilações tónicas e identificar estados de tensão.

Estas vivências podem representar uma regressão aos momentos da díade, entre mãe e bebé, que não permitiram o estabelecimento de uma vinculação segura à figura materna.

Devido à grande impulsividade a elaboração da planificação espacial, temporal e de utilização de objectos nas actividades foi realizada através da planificação conjunta para cada actividade elaborada (Martins & Rosa, 2005).

A proposta de realização de actividades com diferentes materiais deve-se ao pouco investimento realizado, ao longo do desenvolvimento do E., na exploração de materias e realização de actividades que possibilitassem um desenvolvimento mais adequado. Assim como, a introdução de conteúdos académicos nas actividades desenvolvidas tem como principal objectivo a aquisição de mais competências que permitam, a nível escolar, apresentar uma progressão.

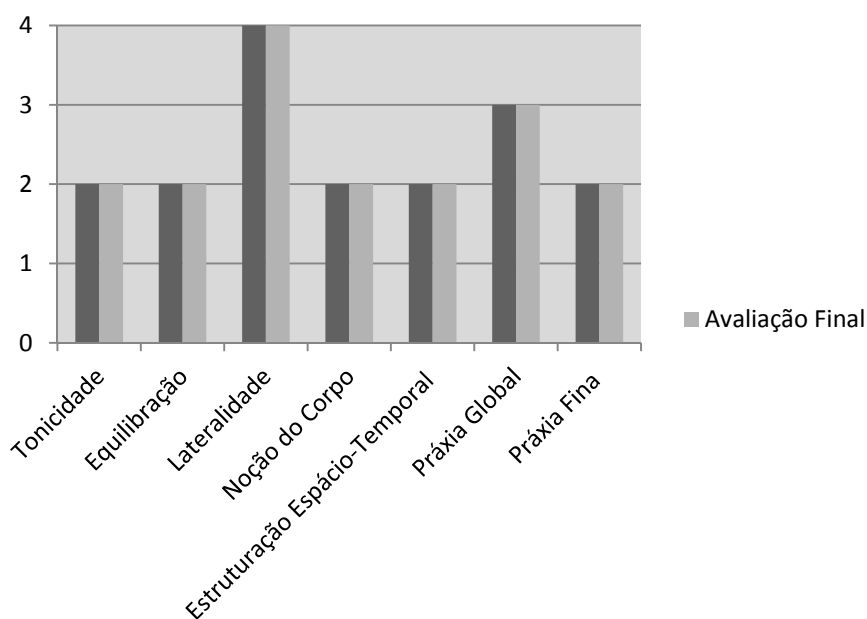
3.6.2.5 - AVALIAÇÃO FINAL

BPM

Aquando da avaliação final da BPM, foi possível verificar já algumas diferenças no comportamento do E., mesmo que não se traduza a nível da cotação do teste. Verificou-se a sua maior capacidade em permanecer concentrado numa actividade, o seu empenho em obter bons resultados, em detrimento da realização apressada das actividades para passar a outras actividades. De seguida, são apresentados os gráficos da avaliação inicial e final do E. na BPM.

53

GRÁFICO 10 – Resultados Obtidos na BPM avaliação inicial e final do E.



Relativamente à avaliação final da BPM do E. apresenta os mesmos resultados quantitativos que na avaliação inicial, devido a estes traduzirem uma média de todas

as actividades para cada factor psicomotor. Contudo, estes resultados são diferentes uma vez que o seu desempenho foi muito melhor na avaliação final e os resultados brutos traduzem essa mesma melhoria, mas, ainda insuficiente para que na avaliação final se traduza noutro perfil psicomotor.

No que respeita à Tonicidade, o valor bruto de todas as actividades na avaliação inicial foi de 15, na avaliação final foi de 20, o que reflecte alguma evolução a este nível. Actualmente, é evidente a capacidade de aceder à passividade, de nalguns momentos conseguir aceder à hipotonia e na procura de momentos de relaxação.

A nível da Equilibração, os valores brutos são os mesmos, contudo verifica-se uma menor impulsividade durante as actividades realizadas o que se traduz em movimentos mais harmoniosos que na avaliação inicial. Nas actividades propostas o E. já permaneceu de olhos fechados, o que pode representar a confiança no outro.

O facto psicomotor da Lateralidade mantém-se bem definida no E., contudo devido à impulsividade responde ao acaso e, por vezes, não apresenta segurança na noção de direita e esquerda quando questionado.

Quanto à Noção do Corpo, o valor bruto de todas as actividades na avaliação inicial foi de 11, na avaliação final foi de 12. Actualmente o E. já tem noção das articulações, já nomeia mais segmentos corporais, muitos deles desconhecidos inicialmente, contudo, apresenta ainda algumas limitações na identificação dos segmentos corporais.

A nível da Estruturação Espaço-Temporal os resultados foram semelhantes, sendo de salientar as dificuldades a nível da organização espacial como as mais evidentes.

O factor psicomotor Práxia Global, mantém-se como sendo uma das áreas fortes do E., sendo por vezes a sua limitação a sua disponibilidade motora apenas dirigida às áreas de interesse.

Por último, na Práxia Fina o valor bruto de todas as actividades na avaliação inicial foi de 6, na avaliação final foi de 9 o que traduz uma evolução a este nível. Actualmente o E. apresenta uma maior disponibilidade para actividades grafomotoras, sendo este facto associado à sua mudança de escola e maior envolvimento no contexto escolar. É evidente a necessidade do E. em elaborar algumas actividades como forma de demonstrar as capacidades que tem adquirido.

DILE

A quando da proposta desta actividade o E. ficou um pouco desmotivado porque já tinha realizado a mesma, contudo, quando verificou que já conseguia ser bem sucedido nas actividades demonstrou-se muito interessado e motivado para a realização de todas as actividades. Verificou-se também uma melhoria na sua resposta a algum engano, já não apresentando comportamentos tão agressivos para com o material, está mais adequado. De seguida, na tabela 14 encontram-se especificados os resultados obtidos na avaliação final, posteriormente na tabela 15 os resultados dos dois momentos de avaliação com este teste.

TABELA 15 – Resultados obtidos no DILE na avaliação final do E.

Discriminação Visual de símbolos gráficos	3
Discriminação visual de letras	3
Nome de letras	1
Sons de letras	1
Silabação	3
Discriminação visual de palavras	3
Memória visual	2
Análise Fonética	1
Reconhecimento de palavras	1
Vocabulário	1
Articulação	1

Na avaliação final, verificam-se melhorias a nível das aprendizagens do E. este facto pode estar relacionado com o maior investimento escolar por parte da professora na escola que integrou há sensivelmente um mês. É referido pelo E. que na anterior escola só fazia desenhos, mas que na actual já realiza algumas das actividades dos colegas de turma, facto que o deixou mais motivado para as aprendizagens escolares. A vivência de momentos de sucesso a nível académico é um factor que está a ser bastante motivador e uma experiência prazerosa na vida do E.

TABELA 16 – Resultados obtidos no DILE na avaliação inicial e final do E.

Discriminação Visual de símbolos gráficos	2	3
Discriminação visual de letras	2	3
Nome de letras	1	1
Sons de letras	1	1
Silabação	3	3
Discriminação visual de palavras	2	3
Memória visual	1	2
Análise Fonética	1	1
Reconhecimento de palavras	1	1
Vocabulário	1	1
Articulação	1	1

Através da comparação dos resultados obtidos nas diferentes avaliações é possível verificar que existiu uma evolução nalguns itens, nomeadamente, na discriminação visual de símbolos gráficos, de letras, de palavras, assim como, na memória visual. Este facto pode estar relacionado com um aumento da capacidade de manutenção da atenção na tarefa, assim como, alguma diminuição da impulsividade no momento da resposta. Contudo, verifica-se também a não existência de aquisição de competências básicas como a nomeação de letras e som das letras, que são aspectos fundamentais para aquisição da escrita e, posteriormente, da leitura.

DAP

Na aplicação deste teste, foi possível verificar muitas mudanças a nível da postura do E. perante a actividade proposta, reflectindo-se numa melhor aceitação da realização do desenho, assim como, a organização deste é muito mais adequada. Os desenhos³, mesmo que não se reflecta a nível de cotação, apresentam-se mais harmoniosos e adequados para a idade.

TABELA 17 – Resultados obtidos no DAP na avaliação final do E.

Desenho	Valores Brutos	Valores Standard	Classificação
Homem (H)	26	82	Médio-alto
Mulher (M)	34	96	Superior
Próprio (P)	34	96	Superior
Totais (H+M+P)	94	89	Equivalente a 6 Anos e 3 meses

São bastante evidentes as mudanças ocorridas ao nível do desenho no E., pelo que já foi mencionado anteriormente, mas também por verificar um aumento da classificação neste teste. Em termos informativos, também se verifica um desenvolvimento mais adequado à idade do E, actualmente com 7 anos e 11 meses.

3.6.2.6 - RECOMENDAÇÕES PARA PROJECTO TERAPÊUTICO

No caso do E., seria conveniente a continuidade do projecto pedagógico-terapêutico, uma vez que se mantém algumas das suas dificuldades, nomeadamente, impulsividade, memória de trabalho limitada, a nível académico alguns conteúdos básicos ainda se encontram muito pouco investidos, alguma agressividade, dificuldades em lidar com a frustração, fracasso e apresenta uma grande carência afectiva e imaturidade. A nível escolar, devem reunir-se esforços para integração do E. no decreto 3/2008, uma vez que esse esforço já foi realizado pela equipa do SPSMIA para que o E. tenha os apoios que necessita para continuar o seu progresso educativo. Deve ser feito um trabalho a nível familiar, uma vez que muitos dos aspectos trabalhados na Psicomotricidade podem ser integrados no quotidiano da família, facto que poderia ser uma mais-valia para o E.

56

3.6.3 - CASO A.A.**3.6.3.1 - PLANEAMENTO DA INTERVENÇÃO PSICOMOTORA**

No que concerne à avaliação inicial elaborada no caso do A.

No que concerne à avaliação inicial informal elaborada no caso do A., realizada nas sessões iniciais, consistiu em:

- Observação, tendo como base vários parâmetros da grelha de observação, cedida pelo Professor Rui Martins.

ANEXO 3: Desenhos do DAP (Homem, Mulher e Próprio) da avaliação final do E.

E a avaliação inicial formal realizada envolveu a aplicação de:

- Bateria Psicomotora (BPM) (Fonseca, 2007);
- Teste de Diagnóstico Informal da Linguagem Escrita (DILE) (Fonseca, 1988);
- Desenho da figura humana (DAP) (Naglieri, 1988).

3.6.3.2 - AVALIAÇÃO INICIAL

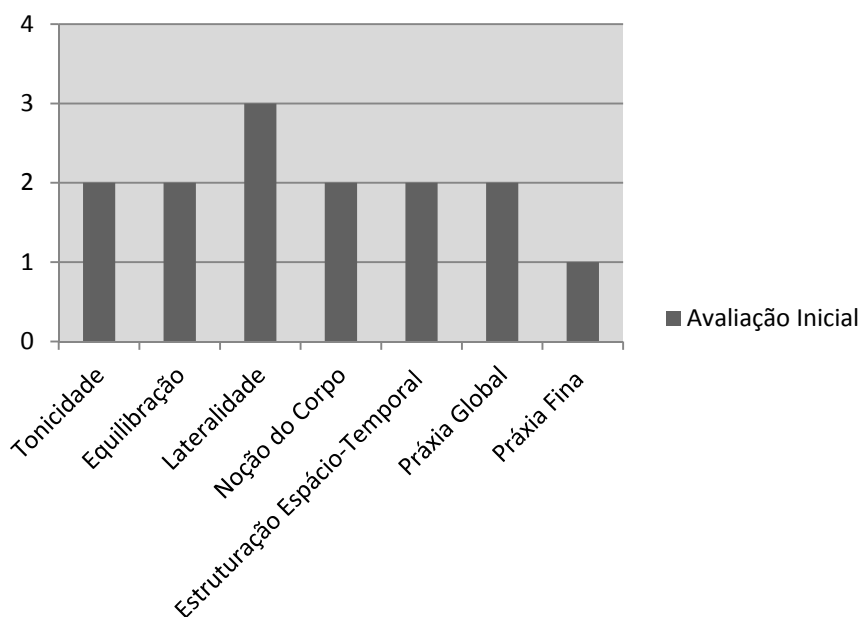
OBSERVAÇÃO

Ao longo das primeiras sessões de intervenção psicomotora foi possível verificar que o A. é uma criança com alguma irrequietude, que tem muitas dificuldades em se concentrar apenas num actividade ou material. Este facto pode estar relacionado com a existência de vários materiais pela sala e pela sua avidez e necessidade em experienciar situações novas. Apresenta dificuldades ao nível do planeamento das acções partindo de imediato para a acção. Quando contrariado ou frustrado amua e desiste da actividade, a sua capacidade de tolerância à frustração é muito baixa. Linguagem expressiva muito pouco investida, vocabulário pobre e capacidade de expressão reduzida. Apresenta dificuldades escolares, a nível de conteúdos básicos, mas não acede com facilidade a actividades que envolvam as competências já adquiridas. Tem dificuldade em aceitar ajuda do adulto, o que se explica pelas experiências de vida de maus-tratos físicos e abandono que se repercute numa vinculação insegura. O tempo de atenção na tarefa é muito reduzido, assim como a sua auto-estima é baixa.

BPM

No que respeita à avaliação inicial, as actividades da BPM foram apresentadas em formas de jogo e actividades o que motivou a criança na sua adesão, contudo, por vezes o abandono das actividades era um aspecto que dificultava esta avaliação. Assim como, as frequentes faltas às sessões não ajudavam no projecto pedagógico-terapêutico. De seguida, são apresentados na tabela 11 os resultados obtidos nesta fase.

GRÁFICO 11 – Resultados Obtidos na BPM avaliação inicial do A.



É possível verificar que o A. apresenta um perfil psicomotor dispráxico o que traduz as suas dificuldades de controlo na realização das actividades, assim como, as dificuldades de aprendizagem que apresenta.

A nível da Tonicidade o A. é uma criança muito hipertónica, apresentando resistência à manipulação e bastantes dificuldades em aceder à descontração muscular. Durante a aplicação das actividades é possível identificar o seu perfil hiper-vigilante, é uma criança com muitas protecções em relação aos adultos.

No que respeita à Equilibração, as maiores dificuldades verificam-se ao nível do equilíbrio estático, sendo estas actividades sempre realizadas com os olhos abertos. Apresenta reequilíbrios constantes durante as actividades, o que traduz a sua impulsividade e agitação psicomotora constante.

A Lateralidade apresenta-se bem definida, existindo por vezes alguma hesitação na nomeação da direita e esquerda.

No que concerne à Noção do Corpo, muitos dos segmentos corporais eram por ele desconhecidos. Sendo verificado que pouco trabalho desenvolveu a nível de desenho do corpo e da nomeação de segmentos corporais.

Na Estruturação Espaço-Temporal, as dificuldades apresentadas devem-se à sua dificuldade em manter a atenção na actividade, assim como, ao nível de organização espacial.

Nas actividades realizadas relativas à Práxia Global, verifica-se que para além das suas dificuldades psicomotoras a impulsividade e a desconcentração são os pontos mais fortes que influenciam todo o processo de avaliação.

58

O factor psicomotor que apresenta uma classificação mais baixa é a Práxia Fina, sendo as actividades que envolvem mais concentração e necessitam de mais empenho são as que o A. tem mais dificuldade em realizar de forma adequada.

DILE

Devido às dificuldades identificadas pelo Pedopsiquiatra, foi elaborada esta avaliação para melhor perceber as dificuldades apresentadas. Pelo facto do A. ter ainda dificuldades na identificação de letras foi aplicada apenas a parte inicial do teste que permite avaliar Aspectos Receptivos da Linguagem, competências pré-leitura. Na tabela 18, são apresentados os resultados obtidos através deste teste.

TABELA 18 – Resultados obtidos no DILE na avaliação inicial do A

Discriminação Visual de símbolos gráficos	3
Discriminação visual de letras	3
Nome de letras	3
Sons de letras	3
Silabação	2
Discriminação visual de palavras	3
Memória visual	1
Análise Fonética	1
Reconhecimento de palavras	1
Vocabulário	1
Articulação	1

A apresentação deste teste não foi muito bem aceite pelo A., uma vez que, ele apresenta alguma dificuldade em aceitar actividades propostas pelo outro tentando realizar apenas as actividades auto-propostas. Os resultados obtidos permitem verificar que as aquisições do A. enquadram-se num nível básico, uma vez que, actividades que envolvam mais conhecimentos são as cotadas com o valor 1.

DAP

No que concerne à aplicação do DAP, houve uma maior participação por parte do A. na elaboração dos três desenhos pedidos. Os resultados obtidos estão presentes na tabela 19. O A. realizou este teste com 7 anos e 3 meses de idade, nesta avaliação.

59

TABELA 19 – Resultados obtidos no DAP na avaliação inicial do A.

Desenho	Valores Brutos	Valores Standard	Classificação
Homem (H)	31	93	Superior
Mulher (M)	31	93	Superior
Próprio (P)	34	98	Muito Superior
Totais (H+M+P)	96	94	Equivalente a 6 Anos e 6 meses

Os desenhos elaborados pelo A. apresentam alguma desarmonia e desorganização a nível da noção corporal. Verifica-se uma maior investimento ao nível do desenho do próprio o que reflecte a classificação de muito superior, em detrimento aos desenhos do homem e mulher que são classificados num nível superior. No que respeita aos valores totais é possível verificar que os desenhos seriam o esperado para uma criança de 6 anos e 6 meses, contudo este tem apenas um valor informativo nada mais, devido à utilização criterial deste teste.

3.6.3.3 - PERFIL INTRA-INDIVIDUAL

Quando ao caso do A., foi possível a identificação do seu perfil intra-individual através da conjugação da informação da avaliação formal e informal inicial. Desta forma, as suas áreas fortes são: relação empática estabelecida com o adulto e disponibilidade motora para as actividades mais motivadoras para si. Relativamente às áreas fracas enumeram-se: o perfil psicomotor dispráxico, baixa resistência à frustração, baixa capacidade em aceitar regras, baixa auto-estima e linguagem expressiva muito pouco investida.

3.6.3.4 - PROJECTO TERAPÊUTICO**OBJECTIVOS****DOMÍNIO PSICO-AFECTIVO****TABELA 20** - Objectivos gerais do Domínio Psico-Afectivo do Projecto Pedagógico-Terapêutico do A.**Objectivos Gerais**

Promoção de competências Psico-afectivas

Objectivos Específicos

Promover a capacidade de estabelecer relações de confiança com figuras adultas.

Promover o diálogo com o outro, através da comunicação verbal.

Promover o sentimento de realização e afirmação perante o outro.

Aumentar a capacidade de resiliência e a auto-estima.

Melhorar a capacidade de tomada de decisões, promovendo a iniciativa e a atitude crítica e reflexiva.

Promover competências de auto-regulação que permitam lidar adequadamente com as regras, limites e situações frustrantes.

60

DOMÍNIO COGNITIVO**TABELA 21** - Objectivos gerais do Domínio Cognitivo do Projecto Pedagógico-Terapêutico do A.**Objectivos Gerais**

Desenvolver competências Cognitivas

Objectivos Específicos

Melhorar a capacidade de antecipação, programação e execução das acções.

Aumentar a capacidade de concentração na tarefa e promover níveis adequados de atenção selectiva.

Estimulação dos pré-requisitos da leitura, escrita e cálculo.

Desenvolvimento da expressão verbal dos seus pensamentos e das emoções.

Promover a capacidade de organização de ideias e pensamentos.

DOMÍNIO PSICOMOTOR**TABELA 22** - Objectivos gerais do Domínio Psicomotor do Projecto Pedagógico-Terapêutico do A.**Objectivos Gerais**

Desenvolver competências Psicomotoras

Objectivos Específicos

Modelação consciente de diferentes estados tónicos.

Desenvolvimento da capacidade de manutenção de equilíbrio (estático e dinâmico).

Promoção da Noção Corporal.

Melhorar as competências ao nível da estrutura espaço-temporal.

Promoção de competências de Práxia Global.

Aumentar as competências de Práxia Fina.

ESTRATÉGIAS E ACTIVIDADES

As estratégias utilizadas, neste caso, são as mesmas que as do projecto pedagógico-terapêutico do E., uma vez que eles apresentam muitas características semelhantes. São crianças que apresentam dificuldades escolares, a nível das relações inter-pessoais não vêem o adulto como uma figura protectora, devido aos modelos que têm nas suas vidas entre outros aspectos anteriormente mencionados.

3.6.3.5 - AVALIAÇÃO FINAL

No caso do A., a avaliação final foi iniciada, contudo, a família abandonou o projecto terapêutico sem qualquer justificação e não foi possível terminar esta fase de intervenção.

3.6.3.6 - RECOMENDAÇÕES PARA PROJECTO TERAPÊUTICO

Seria importante uma continuidade do projecto pedagógico-terapêutico, uma vez que as limitações dos A. se mantêm e pela sua necessidade deste tipo de apoio. Contudo, para que seja realizado este apoio é necessário trabalhar junto da família a importância deste tipo de intervenção numa periodicidade, pelo menos, semanal. Uma vez que já houve vários incumprimentos por parte da família é importante, apresentar um contracto (relatório) por escrito do projecto terapêutico à família que o terá que assinar, onde são descritas as consequências do incumprimento do mesmo, este mesmo relatório deve ser entregue à CPCJ responsável pelo caso. A nível escolar, devem reunir-se esforços para integração do A. no decreto 3/2008, uma vez que esse esforço já foi realizado pela equipa do SPSMIA para que ele tenha os apoios que necessita para continuar o seu progresso educativo da forma mais adequada possível.

4 - DIFICULDADES E LIMITAÇÕES

Numa fase inicial o confronto com as problemáticas graves existentes neste serviço, relacionadas com a área da Saúde Mental, mas também, muitas problemáticas de desestruturação familiar grave, maus-tratos e negligência representam uma dificuldade emocional na integração na área. Contudo, este facto é ultrapassado com a ajuda da equipa, assim como, pela consciencialização da realidade da nossa sociedade.

No que respeita ao longo do percurso efectuado foram surgindo algumas dificuldades e limitações ao nível do processo de intervenção terapêutica. A principal foi a fraca adesão das famílias à intervenção e até desvalorização da mesma, sendo nalguns casos referido que a frequência se devia apenas à ordem do tribunal. Este facto não é benéfico para a intervenção, sendo até, prejudicial devido à opinião da família ser passada para a criança que fica confusa sem perceber a importância desta intervenção. Outro aspecto limitador é o incumprimento do projecto terapêutico, muitas foram as faltas das crianças às sessões sem qualquer justificação, por parte da família, ao serviço e/ou ao técnico responsável.

Importa salientar que muitos mais foram os momentos compensadores destas limitações durante todo o estágio realizado. Em tudo o percurso profissional, assim como, na vida há sempre obstáculos que ou contornamos e nos afastamos ou encaramos e resolvemos para dar continuidade a todo o caminho a percorrer.

Como o nosso célebre Poeta Fernando Pessoa, refere num dos seus belos poemas: “Pedras no caminho? Guardo todas, um dia vou construir um castelo...”. É assim que devemos ver as dificuldades ao longo de toda a vida.

5 - ACTIVIDADES COMPLEMENTARES DE FORMAÇÃO

Formações efectuadas no âmbito do núcleo de estágio:

- Apresentação de caso clínico (fase inicial e intermédia);
- Apresentação de caso clínico e sessão elaborada;
- Apresentação da temática Depressão Infantil e Psicose Infantil;
- Discussão de temáticas relacionadas com Saúde Mental;
- Discussão de casos clínicos em grupo;
- Apresentação do estágio de Psicomotricidade à equipa do SPSMIA (a agendar);

Formação efectuadas no SPSMIA:

- Discussão de casos clínicos semanalmente;
- Discussão de temáticas relevantes dos casos em acompanhamento;
- Discussão de temáticas na área da Saúde Mental, nomeadamente, perturbação bipolar, psicose infantil, PHDA, Oposição e Perturbações do Sono, alguns estudos-caso de utentes seguidos pelos Pedopsiquiatras do serviço discutido pelo alunos de medicina, espasmos de soluço, movimentos oculares, PHDA e a sua etiologia, síndrome de Asperger abordagens terapêuticas, adopção – abordagem psiquiátrica, convulsões psicogénicas não epiléticas, perturbação obsessivo-compulsivo em crianças e adolescentes, perturbação dos espectro do Autismo e Esquizofrenia Infantil.

Reuniões presenciais com:

- Serviço de Desenvolvimento do HSFX;
- Serviço de Neurologia Pediátrica do HSFX;
- Comissão de Protecção de Crianças e Jovens (CPCJ);
- Professores em escola pública da área;
- Professores no SPSMIA;
- Psicóloga da comunicada que articula com Centro de saúde e o SPSMIA;

Conferências: Brain Science and education: a cognitive perspective realizada pela Dra. Usha Goswami da Universidade de Cambridge.

Voluntariado: investigação REGES, uma parceria entre a FMH e a Câmara de Sintra.

6 - CONCLUSÃO

A área da Saúde Mental é uma área bastante intensa a nível emocional, mas fascinante uma vez, que os casos que se encontram em acompanhamento no SPSMIA são complexos, muitas vezes mencionado, como casos no fim da linha. É um serviço a que a população recorre em última alternativa, continuando a existir um estigma perante a doença mental. Desta forma, a intervenção psicomotora desenvolvida em contexto hospitalar é também vista com alguma relutância por alguns pais e prestadores de cuidados. Seria importante desenvolver acções de sensibilização e de informação para a população em geral com o objectivo de desmistificar este estigma, sensibilizando a importância da prevenção em Saúde Mental. A barreira do estigma não deve ser um obstáculo para o alcance da ajuda profissional adequada e atempada.

Com a prática profissional, que ocorreu ao longo deste ano lectivo, foi possível estabelecer e consolidar muitas pontes com a teoria, muitas vezes considerada sem sentido ou demais, mas essenciais na elaboração da intervenção psicomotora. Apenas vivendo as sessões e trabalhando directamente com as crianças e adolescentes é possível dar sentido e compreender a diversidade de teoria aprendida. Contudo, a intensidade de alguns momentos vividos e o seu conteúdo latente transcende em muito toda a teoria, compreendendo-se assim, a importância da prática para um profissional na área da saúde.

No SPSMIA foi possível reaprender e compreender a importância do trabalho numa equipa multidisciplinar, um dos objectivos deste estágio, fundamental para reunir todas as condições para, de melhor forma, intervir com a criança ou adolescente em todos os contextos que esta se integra. O tipo de trabalho que se realiza é centrado na família, nos seus recursos e limitações, sendo cada caso um caso, consequentemente, cada lar é um lar e as respostas dadas devem ser individualizadas. Os esforços elaborados visam, quando possível, colmatar diferentes problemas e limitações nos contextos familiar e escolar. Assim sendo, as respostas não se limitam ao espaço físico do hospital, transcendendo as portas do serviço. É de salientar que nem a todas as famílias são delegadas funções contentoras, de protecção ou dadas estratégias que permitam melhor lidar com alguns comportamentos menos adequados, uma vez que o contexto familiar pode não reunir as condições necessárias para dar essas respostas. Este facto deve-se, em muitos casos, à existência de perturbações psiquiátricas parentais, sendo nestes casos elaborado um trabalho mais próximo, com maior periodicidade por parte dos técnicos do serviço e também no contexto comunitário que preste cuidados ao menor.

A intervenção em Psicomotricidade, na área da Saúde Mental, caracteriza-se essencialmente pela sua diversidade, ou seja, as sessões decorrem muito pelo proposto pelas crianças ou jovens e cabe ao técnico adaptar os objectivos que pretende trabalhar a essas actividades. Este facto exige muito do técnico, uma vez que tem de ter um conhecimento profundo do projecto terapêutico delineado para a intervenção com cada criança ou jovem para adequar constantemente as actividades às suas necessidades. Contudo, é essencial que a adaptação realizada se enquadre a nível da área sensível de aprendizagem da criança ou jovem, para que as aprendizagens sejam as mais adequadas. Desta forma, é essencial apresentar actividades que não sejam demasiado fáceis para não vivenciarem desmotivação, nem demasiado difíceis para não vivenciarem a frustração.

A diversidade dos casos observados, discutidos e analisados com diferentes técnicos permitiu alargar em muito o conhecimento das diferentes abordagens de intervenção nesta área. Também, devido à diversidade de acompanhamentos e das

perturbações psiquiátricas que esta população apresenta, foi possível vivenciar diversas sessões terapêuticas, sendo possível observar diferentes formas de intervenção. É desta experiência que decorre uma das grandes aprendizagens deste estágio, não é possível realizar uma categorização da tipologia de intervenção psicomotora que melhor se adequa a cada perturbação psiquiátrica, mas a vivência de uma complementaridade harmoniosa das componentes relacional e instrumental é vital para a mais adequada intervenção terapêutica.

Durante o estágio foi fundamental o aprofundamento de conhecimentos metodológicos, da prática de intervenção, das perturbações psiquiátricas mais prevalentes e frequentes em acompanhamento o que contribuiu, em grande parte, para a melhoria da capacidade reflexiva. No que respeita ao processo de intervenção psicomotora, foi possível colocar em prática muitos conhecimentos teóricos de diferentes disciplinas, para a elaboração do projecto terapêutico e para a sua execução, sendo possível verificar a importância da família ou prestadores de cuidados em cooperar ao longo de todo o projecto. Também se verificou que a existência de mais recursos, escolares e comunitários, que permitam dar continuidade às respostas adequadas às capacidades e limitações dos casos em acompanhamento, são auxílios essenciais para a obtenção de melhorias.

Este ano lectivo era o mais esperado e, também, o mais compensador de toda a formação, uma vez que, é através desta experiência e vivência diária que é possível aprender efectivamente o papel do psicomotricista numa equipa multidisciplinar e todo o trabalho por si desenvolvido. Todo o trabalho desenvolvido foi mais efectivo devido ao tempo de estágio, pois, só através de um acompanhamento ao longo de alguns meses, permite verificar os resultados do trabalho desenvolvido em Psicomotricidade. A avaliação efectiva dos casos pode traduzir-se, por vezes, numa visão muito redutora relativamente às aquisições realizadas ao longo de todo o processo terapêutico. Desta forma, os registos diários nos processos podem ajudar em muito a ter uma visão mais ampla e fidedigna do caso e da sua evolução e progressão. É muito importante que o técnico seja sensível e consiga ver a criança para além do resultado quantitativo que qualquer teste lhe transmite, uma vez que não deve ser reduzido um ser essencialmente biopsicossocial a um número que traduz tipificadamente as suas capacidades. É essencial a complementaridade da informação proveniente da testagem com a informação da avaliação informal para mais adequadamente ser dada a resposta e adequar o processo terapêutico.

Todas as vivências realizadas ao longo deste ano lectivo permitiram um crescimento profissional exponencial, assim como, um crescimento pessoal que se traduziu numa melhor compreensão do significado de todo o percurso realizado até aos dias de hoje.

A área da Saúde Mental não residia numa primeira opção de interesse, mas a vivência intensa, construtiva, envolvente e fascinante que foi possível este ano mudou completamente a minha opinião. Num futuro próximo tentarei a continuidade profissional nesta área para que possa também ser uma profissional numa equipa de fim de linha, mas que terá como principal objectivo contribuir para um recomeço de vida para cada criança ou jovem.

BIBLIOGRAFIA

- Almeida, J., Leushner, A., Duarte, H., Paixão, I., Sennfelt, J., Maria, J. H., et al. (2007). *Proposta de Plano de Acção para a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal 2007/2016*. Ministério da Saúde.
- A.P.A. (2002). *DSM-IV TR, Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. Climepsi editores.
- Bahls, S.-C. (2002). *Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes*. Rio de Janeiro: Jornal de Pediatria.
- BERGER, M. (2001). *A Criança Instável – Abordagem clínica e terapêutica (1ª Ed.)*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Branco, M. (2000). *Vida, Pensamento e Obra de João dos Santos*, Livros Horizonte.
- Brandão, T., (2010) *Diapositivos fornecido pela professora ao longo do ano lectivo 2010 na disciplina de Programas de Intervenção Precoce (não publicado)*, Departamento de EER, UTL-FMH.
- Correia, L., M. (2008). *Dificuldades de aprendizagem específicas. Contributos para uma definição portuguesa*. Porto: Porto Editora.
- Damásio, A. R. (1995). *O Erro de Descartes: emoção, razão e cérebro humano*. Lisboa: Publicações Europa-América.
- Frasquilho, M. A., & Guerreiro, D. (2009). *Stress, Depressão e Suicídio. Gestão de problemas de saúde em Meio Escolar*. Lisboa: Coisas de Ler Edições.
- Fonseca, V. (Jan/ Fev/ Mar de 1978). *Diagnóstico Informal da Linguagem Escrita. n.º 2*. Lisboa: Centro de Documentação e Informação.
- Fonseca, V. (2001a). Para uma Epistemologia da Psicomotricidade. In V. Fonseca, & R. Martins, *Progressos em Psicomotricidade* (pp. 13-28). Faculdade de Motricidade Humana Serviços de Edições.
- Fonseca, V. (2001b). *Psicomotricidade perspectivas multidisciplinares*. Lisboa: Âncora editora.
- Fonseca, V. (2007). *Manual de Observação Psicomotora: significações psiconeurológica dos factores psicomotores*. Âncora Editora.
- Fonseca, V. (2008). *Dificuldades de Aprendizagem, abordagem neuropsicológica e psicopedagógica ao insucesso escolar*. Lisboa: Âncora.
- Heitor, M. J., Bento, A., Brito, I., Cepêda, T., & Correia, H. (2004). *Rede de Referência de Psiquiatria e Saúde Mental*. Lisboa: Direcção-geral da Saúde.
- Joly, F. (2007). Le sens des thérapies psychomotrices en psychiatrie de l'enfant. *Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescence*, pp. 73-86.
- Leitão, A. Lombo, C. & Ferreira, C. (2008). O contributo da Psicomotricidade nas dificuldades intelectuais e desenvolvimentais, in revista *Diversidades*, ano 6, nº22, p21-24

- Lopes, J. (2004). *A Hiperactividade*. Coimbra: Quarteto.
- Maia, G. (Abril de 2011). O Serviço de Psiquiatria da Infância e da Adolescência no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental. *Jornal do Centro*, pp. 4,5.
- Marques, C., & Cepêda, T. (2009). *Recomendações para a prática clínica da Saúde Mental Infantil e Juvenil nos cuidados primários*. Lisboa: Cordenação Nacional para a Saúde Mental.
- Martins, R. (2001). Questões sobre a Identidade da Psicomotricidade - As práticas entre o Instrumental e o Relacional. In V. Fonseca, & R. Martins, *Progressos em Psicomotricidade* (pp. 29-40). Lisboa: FMH Edições.
- Martins, R. (2001). A Relaxação Psicoterapêutica no Contexto da Saúde Mental. O corpo como ponte entre a emoção e a razão. In V. Fonseca, & R. Martins, *Progressos em Psicomotricidade* (pp. 95-108). Lisboa: Edições FMH.
- Martins, R., & Rosa, R. (2005). Crianças Hiperactivas com Défice de Atenção (PHDA). In M. J. Vidal, *Intervenção Terapêutica em grupos de Crianças e Adolescentes* (pp. 179-214). Lisboa: Trilhos.
- Morato, P., (2008) *Diapositivos fornecido pelo professor ao longo do ano lectivo 2008/2009 na disciplina de Métodos de Avaliação e Investigação (não publicado)*, Departamento de EER, UTL-FMH.
- Morato, P & Santos, S. (2007). Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais. A mudança de paradigma na concepção da deficiência mental, in *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, vol. 14, p51-55.
- Naglieri, J. (1988). *Draw a Person - A quantitative scoring system (DAP)*.
- Paul, R. (2002). Disorders of Communication. In M. Lews, *Child and adolescent Psychiatric, a comprehensive textbook* (3º ed., pp. 612-621). Lippincott Williams & Wilkins.
- Pitteri, F. (2004). O exame psicomotor. *A Psicomotricidade*, pp. 47-52.
- Psicomotora, D. (2011). *Regulamento da Unidade Curricular de Ramos de Aprofundamento de Competências Profissionais 2º ano*. Cruz Quebrada.
- Probst, M., Knapen, J., Poot, G., & Vancampfort, D. (2010). Psychomotor therapy and Psychiatry: What's in a Name? *The Open Complementary Medicine Journal*, 105-113.
- Ramos, F.; Silvério, I.; Strecht, P., (2005). A Casa da Praia uma experiência de 30 anos, in Castilho, C., Salgueiro, E. (Edt.), O segredo do Homem é a Própria Infância Centro Doutor João dos Santos-Casa da praia; 30 anos depois. Lisboa, Assírio & Alvim, pp. 96-120.
- Reynolds, C., & Kamphaus, R. (1992). *Behavior Assessment System for Children*. American Guidance Service.
- Sassano, M. (Maio de 2008). El vínculo afectivo como camino entre el no tener cuerpo al ser persona. Acerca de la psicomotricidad en las psicosis infanto-juveniles. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 8 (2), pp. 95-154.

Stott, D., Moyes, F., & Henderson, S. (S/D). *Diagnóstico e Reeducação dos Problemas de Escrita*.

Tengan, S. K., & Maia, A. K. (2004). Psicoses funcionais na infância e adolescência. *Jornal de Pediatria*, 80.

Weiss, M., & Weiss, G. (2002). Attention deficit hyperactivity disorder. In M. Lews, *Child and Adolescent Psychiatric- A comprehensive textbook* (3 ed., pp. 645-670). Lippincott Williams & Wilkins.

Werder, J., & Bruininks, R. (1988). *Body Skills - A motor development curriculum for children*.

Wilkison, G., Moore, B., & Moore, P. (2003). *Tratar a depressão* (1ª edição ed.). Lisboa: Climepsi Editora.

WHO. (1993). *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10, Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre.

WHO. (2003). *Investing in Mental Health*. Geneva.

Zeanah, C., & Smyke, A. (2009). Attachment Disorders. In C. Zeanah, *Handbook of Infant Mental Health* (pp. 421-434). New York: Guilford.

ANEXOS

ANEXO 1 –

Lista do material da sala Terapêutica

Armário Alto:

Jogos

- “Eu gosto e trato ... da natureza” (5/7 anos);
- “Um dia com Rui.” (+ 7 anos);
- “Jogamos a ... conhecer os animais?” (4/5 anos);
- Jogamos a ... descobrir os contrários?” (3/4 anos);
- “Teatrinho – fantoches” (+4 anos);
- “O Sabichão – pergunta que eu respondo.” (+7 anos);
- “Contornos e cores.” (2/4 anos);
- “Lotto de figuras” (+3 anos);
- “Lotto de leitura” (5/7 anos);
- “Jogo das formas” (2/5 anos);
- “Jogo da glória” (2/6 anos);
- “4 em linha” (+4 anos);
- “Batalha naval” (+4 anos);
- “Construções tridimensionais – vira e revira.” (+5 anos);
- “1^{as} contas – peças de enfiamento” (+5 anos);
- “Jogo de vestir roupa com enfiamentos.” (+5anos);
- 3 placas de encaixe em madeira (números, meios de transporte, personagens);
- 1 placa de encaixe em plástico (meios de transporte, elementos da natureza);
- “Do um ao dez – comboio com números” (3/7 anos);
- “Os dias da semana” (4/6 anos);
- “Comparar e ordenar.” (+ 3 anos);
- “Dominó infantil.” (3/6 anos);
- “Mikado.”

Puzzles

- Puzzle 45 peças, 100 peças;
- Puzzle com cubos (+3 anos);
- Puzzles Michy (+3 anos);
- Puzzle de espumas grandes com animais;
- Puzzle de madeira com animais (quinta e selva);

Livros

- “Os cavaleiros salvam a donzela.”;
- “A grande corrida.”;
- “O grande livro de Tom e Léa.”;
- “O meu grande livro – relógio.”;
- “Ali babá e os 40 ladrões.”
- “1,2,3, vamos contar.”
- “Leopoldina e o mundo encantado dos brinquedos.”
- “Contar animais”;
- “Alice no país das maravilhas.”;
- “Primeiras palavras.”;
- “O meu 1º livro dos animais.”;
- “365 piadas.”
- “Os números.”
- “Ver o mar.”;
- “João e o pé de feijão.”
- “Os amigos”
- “O tempo.”;
- “A casa do bebé.”;

→ “O que está dentro da arca dos brinquedos.”;

CD's diversos

→ 6 almofadas; 5 panos; 10 cubos com números; 4 colchões , 4 espumas (bastões);



Mesa ao canto

→ 1 Bola terapêutica;
→ 4 Espumas grandes;
→ Caixa azul (brinquedos diversos);
→ Caixa vermelha (bolas diversas);
→ Saco com bolas (cores diferentes).



Mesa à entrada

- Lápis cera; Lápis de cor; Canetas; Canetas-pincéis; Lápis de carvão; borrachas, 2 cadeiras.



Armário baixo

- Livro-piano;
- 2 Puzzles espuma (vaca e leão);
- 2 Cadernos de actividades;
- Carimbos;
- Jogo da memória;
- Digitintas;
- Aquarelas;
- Clips;
- Cubos tipo lego;
- Caixas e garrafas com diferentes legumes secos (feijão, grão, massas);
- Caixas com brinquedos;
- 2 Jogos de encaixe.





- 1 Quadro negro;
- 40 Blocos de construção;
- 1 Colchão;
- Caixa com bolas e bastões;
- 10 Bastões;
- 10 Arcos;
- 3 Cones grandes, 6 cones pequenos;
- Puzzle de espuma com letras e números;
- Giz.



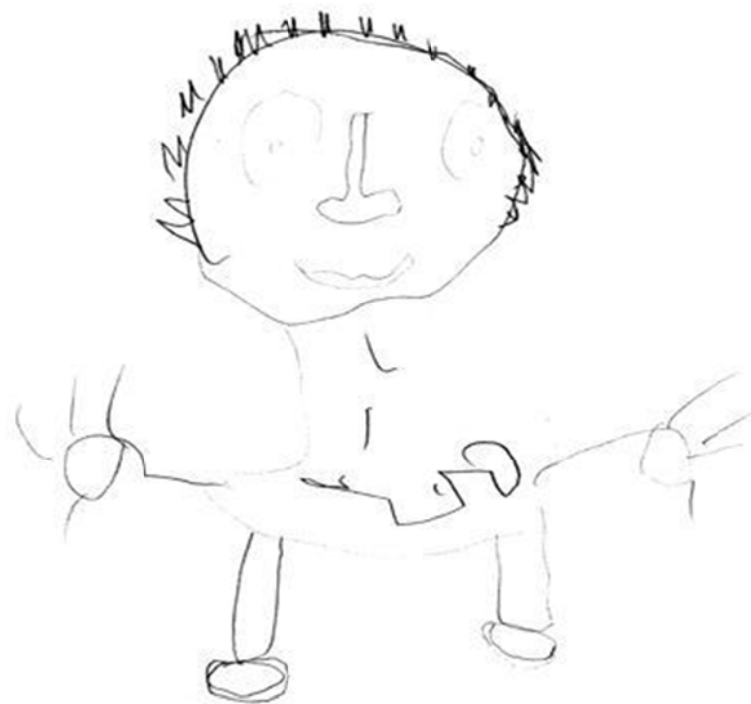
ANEXO 2 –

Desenhos DAP da Avaliação Inicial do E.

Próprio



Homem



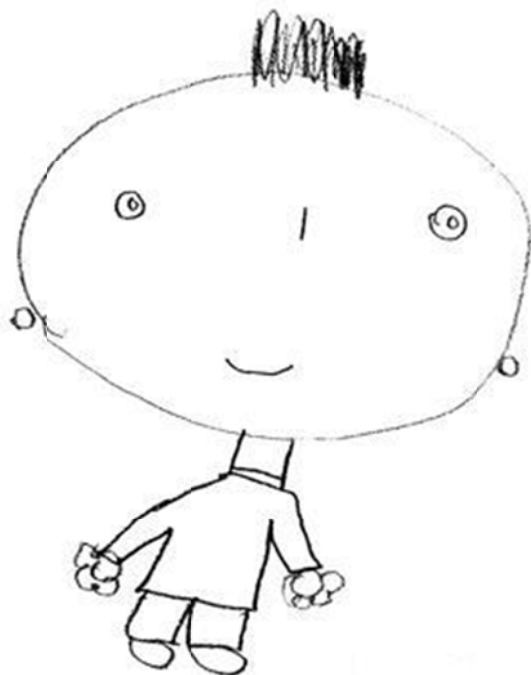
Mulher



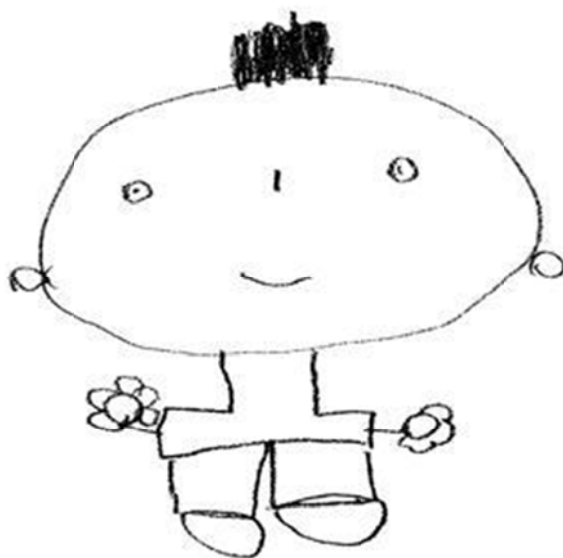
ANEXO 3 –

Desenhos DAP da Avaliação Final do E.

Próprio



Homem



Mulher

